(Değişik:RG-25/7/2014-29071) EK-2/Ç-2

DİŞ TEDAVİLERİ KONTROL FORMU	
SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSUNUN ADI	**MUAYENE TARİHİ**

Hasta Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No.	
Provizyon numarası	
Hasta Telefon No.	
Hasta Adresi	
Hastanın Tanısı	

HASTANIN MEVCUT AĞIZ ŞEMASI

			55	**54**	**53**	**52**	**51**	**61**	**62**	**63**	**64**	**65**			
18	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
48	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
			85	**84**	**83**	**82**	**81**	**71**	**72**	**73**	**74**	**75**			

YAPILAN TEDAVİLER (AÇIKLAMALAR)

Protez	
Cerrahi	
Konservatif diş tedavisi	
Endodonti tedavi	
Röntgen	
Pedodonti	
Periodontoloji	

RAPOR DÜZENLENME TARİHİNDEN İTİBAREN,SAĞLİK HİZMETİ SUNUCUSUNA MÜRACAAT SÜRESİ 10(ON) İŞ GÜNÜDÜR.

.... / …. / 20..

KONTROL

Formdaki işlemlerin yapıldığı görülmüştür.

Kontrolü Yapan Diş Hekiminin Adı-Soyadı, Kaşesi, İmzası