



Diş Hekimliği
Uyg. ve Arş. Merk.

ADLİ VAKA MUAYENE RAPOR FORMU

KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO/SAYFA SAYISI
DHUYAM.101	10.04.2025	01	10.04.2025	1 / 3

Rapor tanzim tarihi ve saati:	Rapor No:
-------------------------------	-----------

Gönderen Makam:	Muayene Edilen Hastanın
Resmi yazı tarihi, No:	T.C. Kimlik No:
Eşlik Eden Resmi Görevlinin	Adı Soyadı:
Adı Soyadı:	Baba Adı:
Sicil No:	Doğum Yeri ve Tarihi:
Muayeneye gönderilme nedeni:	Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek
	Mesleği:
Muayene Edilenin Tıbbi Kimliği (Geçerli kimliği olmayanlar için doldurulacak)	

MUAYENE KOŞULLARI (Bu bölümü gözaltı işlemi ve insan hakları ihlali iddiası nedeniyle muayeneye getirilen kişiler için mutlaka doldurunuz)	
Uygun Ortam Sağlandı mı?	☐ Evet ☐ Hayır -> Nedeni:
Muayene sırasında bulunan kişiler	☐ Tabip ve Muayene Edilen ☐ Güvenlik Görevlisi ☐ Sağlık Mesleği Mensubu ☐ Muayene edilenin avukatı

MUAYENEYE ESAS OLAYLA İLGİLİ BİLGİLER (Bu bölümdeki bilgileri, muayeneye getirilen kişinin ifadelerine göre doldurunuz)
Olayın Öyküsü:
Muayene edilenin şikayetleri:
Muayene edilenin tıbbi geçmişi:



Diş Hekimliği
Uyg. ve Arş. Merk.

ADLİ VAKA MUAYENE RAPOR FORMU

KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO/SAYFA SAYISI
DHUYAM.101	10.04.2025	01	10.04.2025	2 / 3

Muayene Edilenin Adı Soyadı:	Rapor Tarihi ve No:
------------------------------	---------------------

MUAYENE BULGULARI

(Bu bölümde bütün kısımların doldurulması gerekmektedir. Olaya, iddiaya, talebe ve muayene bulgularına göre gerekli görülenleri yapınız ve ilgili kısımları doldurunuz.)

Muayene Tarihi:	Muayene Saati:
-----------------	----------------

İNTRA ORAL VE EKSTRAORAL MUAYENE BULGULARI

TETKİKLER

☐ Direkt Grafi	☐ BT/MR	☐ Ultrasonografi	☐ Biyopsi	☐ Diğer
---------------------------------------	--------------------------------	---	----------------------------------	--------------------------------

EKLENEN KONSÜLTASYON RAPORLARI VE TIBBİ BELGE ÖRNEKLERİ

Sonuç

(Tıbbi terimleri kısaltma yapmadan tam olarak yazınız. Boş kalan kısımları çizerek iptal ediniz. Sonuçları açık ve anlaşılır bir şekilde düzgün el yazısı ile yazınız.)

Başka bir sağlık kuruluşuna sevkine	☐ Gerek görülmedi	☐ Gerek görüldü
	☐ Kesin Rapor	☐ Durumu bildirir geçici rapor

MUAYANEYİ YAPAN VE RAPORU DÜZENLEYEN TABİBİN

Adı Soyadı:	İmza:
Diploma No:	
Kaşe	Kurum Mührü

Bu rapor, EK FORMLAR DAHİL toplam sayfa olup, her bir sayfa 3 surettir.

Hekim
İmza/Paraf



KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO/SAYFA SAYISI
DHUYAM.101	10.04.2025	01	10.04.2025	3 / 3

Muayene Edilenin Adı Soyadı:	Rapor Tarihi ve No:
------------------------------	---------------------

Travmaya Uğrayan Diş/Dişleri şema üzerinde işaretleyiniz.

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						

Travma ile ilgili bilgileri ve kırık hattını aşağıdaki şekil üzerinde göstererek tanımlayınız.

