



**Diş Hekimliği**  
Uyg. ve Arş. Merk.

**ORTODONTİ ANABİLİM DALI**  
**DDY İLK MUAYENE FORMU**

KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO/SAYFA SAYISI
DHUYAM.12	05.01.2024	01	05.01.2024	1 / 1

<b>Bilgilendirme yapan Hekimin;</b> Adı : Soyadı : Tarih/Saat: İmzası :	<b>Hastanın;</b> T.C. Kimlik No: Adı : Soyadı : Adresi : İmzası :	<b>Hasta Yakınının</b> (18 yaşından küçük hastalar için); Adı : Soyadı : Yakınlık Derecesi: İmzası :
---	--	---

<b>Teşhis:</b> Dik Yön Büyüme Paterni: Transvers Bozukluklar: Sagittal Yön İlişkisi: Dental İlişki (kanin ve molar):	<b>Planlanan Tedavi</b>
--	-------------------------

BESLENME PLAĞI yapıldı mı? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Kaç haftalıkken? Hastane: Marmara Üniversitesi Ortodonti ABD'de ise doktorunun adı:
---	---

NAZOALVEOLAR ŞEKİLLENDİRME yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
--

Primer Cerrahi sonrası herhangi bir bölüm ya da hastanede ortodontik takip yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Hastane Adı: Doktor Adı:
--	-----------------------------

Hareketli Aparey/Yüz Maskesi/Fonksiyonel Tedavi gördü mü? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Hastane Adı: Doktor Adı:
---	-----------------------------

Sabit Tedavi gördü mü? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Hastane Adı: Doktor Adı:
--	-----------------------------