|  |
| --- |
| **T.C.KİMLİK NO:**  **TARİH: :\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ DOSYA NO :**  **Hastanın adı soyadı : Hastanın Tel:**  **Doğum tarihi :\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**  **Anne adı ve Soyadı : İş tel: 2.tel:**  **Baba adı ve Soyadı : İş tel: 2.tel:**  **Ev tel:**  **İrtibat kişisi 1 adı: : İrt 1tel: 2.tel:**  **İrtibat kişisi 2 adı: : İrt 2tel: 2.tel:**    **Babanın İşi ve iş adresi :**  **Annenin İşi ve iş adresi :**  **Ev Adresi :**  **“Tedaviye Kabul Muayenesi Davet Yazısı”nın gönderilmesini istenen adres :**    **Tadavi Sınıfı : Sabit  Fonksiyonel  Cerrahi DDY**  **Diş Sayısı Anomalisi : Eksik Diş………. Gömülü Diş………**  **Tahmini İskeletsel Sınıfı : Sınıf 1  Sınıf 2  Sınıf 3 ** Angle Sınıfı : Sınıf 1  Sınıf 2  Sınıf 2  Sınıf 3  **Bölüm 1 Bölüm 2** Ön Dişlerarası İlişki : Openbite mmÇapraşıklık : Üst çene mm Alt çene mm **Çekim? : Çekimli  Çekimsiz **    **Hastamın ortodontik tedaviye kabul edilmesi halinde tedavi sırasında kullanılacak her türlü malzemeyi doktorumuzun istediği zamanda geciktirmeden sağlamayı; aksi takdirde tedavimize son verilmesini kabul edeceğimi taahhüt ediyorum.**  **Verdiğim adreslerin değişmesi halinde durumu dilekçeyle bildirmezsem ben sorumluyum.**  **HASTA VELİSİ (Adı-soyadı-imzası) :**    **Yukarıdaki tüm bölümler doldurulmuştur. Eksik yoktur. Hepsi doğrudur.**  **SORUMLU HEKİM (Adı-soyadı-imzası) :**  **DAĞITIM TARİHİ :** |