|  |
| --- |
|  **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 mm Çapraşıklık : 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 :** |