|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Hasta Adı Soyadı:TC Kimlik No:Doğum Tarihi :Cinsiyeti:Telefon: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TEDAVİ PLANLAMASI**

|  |  |
| --- | --- |
|  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 |

 |
| Uygulanacak Dental İmplant Sayısı (Marka, Boy, Çap) |  |
| Uygulanacak Biyomateryal Miktarı (Tür, cc, Boyut) |  |
| Uygulanacak Dental implant ürün bilgileri:  |

 Uygulanacak Biyomateryal ürün bilgileri:

|  |
| --- |
| **Radyolojik Muayene:** |
| Sorumlu Öğretim Üyesi /Uzman Adı ve Soyadı  |  |
| Tarih ve İmza: |  |

**Cerrahi Muayene:**Sinüs ogmentasyonu Vertikal kret yükseltme Horizontal kret genişletme / kret split işlemi Sinir repozisyonu**Sistemik Muayene:**

|  |  |
| --- | --- |
| Muayeneyi yapan Hekim Adı ve Soyadı  |  |
| Tarih ve İmza:  |  |
| Sorumlu Öğretim Üyesi /Uzman Adı ve Soyadı |  |
| Tarih ve İmza: |  |

|  |
| --- |
|  Hasta Adı Soyadı:TC Kimlik No:Doğum Tarihi :Cinsiyeti:Telefon: |

|  |
| --- |
| **Protetik muayene:** |
| Muayeneyi yapan Hekim Adı ve Soyadı  |  |
| Tarih ve İmza: |  |
| Sorumlu Öğretim Üyesi /Uzman Adı ve Soyadı |  |
| Tarih ve İmza: |  |

**İmplant kaybı sonrası yapılacak uygulamalar durumunda:**Ο Firma üstleniciliğinde.Ο Firma üstleniciliğinde değil.Yenilenecek implant ürün bilgileri:Yenilenecek implant sayısı ve diş numaraları:Belirlenmiş işlem ücreti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hasta Adı ve Soyadı -TC No |  |  |
| Tarih ve İmza: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Kötü | Orta | İyi | Çok İyi |
| Primer Stabilite |  |  |  |  |
| Kemik Kalitesi |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sinüs TabanıYükseltme | Eksternal | İnternal |
| Öngörülen Osseointegrasyon Süresi |  |  |

|  |
| --- |
| AMELİYAT TARİHİ |
| İMPLANT FİRMASI TEMSİLİ  |

|  |
| --- |
| AMELİYAT EKİBİ |
| PROTEZ DOKTORU |

**Ameliyat Raporu:** |