|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 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:** |