|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hasta Adı Soyadı:** **Doğum Tarihi:** **T.C. No:****Telefon No:**  | **Hasta Yakını** **Adı Soyadı** | **Hasta Yakını** **Telefon Numarası** | **Engel Oranı (%)** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SİSTEMİK HASTALIKLAR** (VARSA SENDROM TANISI VE YILI) | **KULLANILAN İLAÇLAR** | **İLAÇ ALERJİLERİ** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EKSTRAORAL MUAYENE BULGULARI** | **İNTRAORAL MUAYENE BULGULARI** |
| **BOY: KİLO:** |  |
| **TEDAVİ PLANLAMASI** | **YAPILAN TEDAVİLER VE YAPILMA TARİHİ** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GENEL ANESTEZİ GEREKLİLİĞİ:**  | **EVET**  | **HAYIR**  |