|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** |