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

|  |  |
| --- | --- |
| **SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSUNUN ADI** | **MUAYENE TARİHİ** |
| TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİAĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ |  |
| **Hasta Adı Soyadı:** |  |
| **T.C. Kimlik No:** |  |
| **Provizyon numarası:** |  |
| **Maloklüzyon Tipine Göre Yapılabilecek Tedaviler** | Sınıf I Ortodontik Tedavi Sınıf II Ortodontik Tedavi Sınıf III Ortodontik TedaviOrtognatik Cerrahide Ortodontik Tedavi |
| **Radyolojik Görüntüleme** | Panoramik Sefalometrik El-Bilek Diğer : |

 9 kasım 2012 tarihli ve 28462 Sayılı Resmi Gazete yayınlanan Özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucuları diş ünitelerindeki ağız ve diş sağlığı tedavisi hizmetlerine ilişkin tedavi giderlerinin finansmanının Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmasına ilişkin olarak Merkezimizde muayenesi yapılan isimlihastaya estetik amaçlı **olan / olmayan** …………………....................................................................................tanısı konmuştur.Dt. Dt. Uzman Doktor İmza / Kaşe İmza / Kaşe İmza / KaşeOnay (Merkez Müdürü) İmza / Mühür |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C:\Users\STRATEJI-3\Desktop\_TNKU_LOGO_TR.jpg** | **TNKÜ****AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI****UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ****ORTODONTİ ANABİLİM DALI SAĞLIK KURULU RAPORU** | Doküman No: | EYS-RPR-004 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 2 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sağlık Bakanlığı 11.10.2013 tarih ve 23642684/010/2013.5365.34716 sayılı genelgesiyle ortodonti hastalarının sevklerinde tedavinin estetik amaçlı olup olmadığı noktasında yaşanan sıkıntıların giderilmesi amacıyla icon indeksi kullanılacağını duyurmuştur.**(\*) ICON İndeksi değerlendirmesinde toplam skor 43’ün altında kaldığı ve aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin varlığında, ortodontik tedavi gereklidir.**1. Ortodontik boşluk kapatma (her yarım çenede en az bir ya da daha fazla doğumsal diş eksikliği) veya protez öncesi ortodontik tedavi ihtiyacı olan hipodonti vakaları veya polidiastema vakaları,
2. 6 mm’ den fazla artmış overjeti bulunan vakalar,
3. O mm’den daha fazla ters (negatif) overjeti bulunan vakalar

ç) Tek taraflı veya her iki bukkal bölgede, posterior lingual çapraz kapanış veya nonoklüzyonu mevcut olan vakalar,1. 2 mm ve üzeri posterior ve/veya anterior açık kapanış vakaları,
2. Diş etine veya damak mukozasına temas görülen artmış overbite mevcut olan vakalar,
3. Herhangi bir patolojik sebep, düşmemiş süt dişi, süpernümere (artık diş), yer değiştirme veya çapraşıklık gibi sebeplerden dolayı sürmesi engellenmiş (kök gelişimini tamamlamış veya pozisyonu nedeniyle sürememiş) gömülü diş mevcudiyeti olan vakalar,
4. Dudak ve/veya damak yarığı veya çene yüz sistemini ilgilendiren başka anomalilerin ve/veya sendromların mevcut olduğu vakalar,
5. Üst ve/veya alt çenedeki diastema/çapraşıklığın 6 mm ve üzerinde olduğu vakalar, ı) Krepitasyon, kliking, açma veya kapamada deviasyonun eşlik ettiği TMD vakaları,
6. Bidental ve/veya bimaksiller protrüzyon vakaları,
7. Fasiyal asimetri (laterognati) vakaları.

**Muayene eden Dr. Adı Soyadı:****İmza:**

|  |  |
| --- | --- |
| HAZIRLAYAN | ONAYLAYAN |
| BİRİM KALİTE SORUMLUSU | MERKEZ MÜDÜRÜ |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hasta Adı Soyadı | Skor olması nedeniyle**estetik olmayan tedavi** ihtiyacı vardır. |  |
| Skor olmasına rağmen,madde gereğince **estetik****olmayan tedavi** ihtiyacı vardır. |  |
| Skor olmasıdolayısıyla yalnız estetik nedenle tedavi ihtiyacı olabilir. |  |