|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI****UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) İSTEK FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-255 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 1 |

Tarih:…/…/20…

**Hasta,**

**Adı Soyadı:** …………………………………………….

Cinsiyeti: Kadın Erkek

|  |  |
| --- | --- |
| **KOD** | **İŞLEM ADI** |
|  | **BT ALINACAK BÖLGELER** |
| □ 01 | Alt çene (sadece **sağ-sol** istenecekse belirtiniz) |  |
| □ 02 | Üst çene (sadece **sağ-sol** istenecekse belirtiniz) |  |
| □ 03 | Alt-üst çene (sadece **sağ-sol** istenecekse belirtiniz) |  |
| □ 04 | TME (sadece **sağ-sol** istenecekse belirtiniz) |  |
| □ 05 | Paranazal sinüsler (sadece **sağ-sol** istenecekse belirtiniz) |  |
| Diğer (Yazınız): |
|  | **BT ALINMA SEBEBİ** |
| □ 01 | Lezyon |  |
| □ 02 | Gömük diş |  |
| □ 03 | İmplant amaçlı |  |
| □ 04 | Çenede fraktür |  |
| □ 05 | Ortodontik amaçlı |  |
| Diğer (Açıklayınız): |

**İstek Yapan Dr.**

**Adı Soyadı: ……………………………………**

**İmzası:**