Hasta: Tarih:

Adı Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyet:

|  |  |
| --- | --- |
| **BT Alınacak Bölgeler** | |
| 1 | Alt-Üst Tüm Çene |
| 2 | Alt Çene |
| 3 | Üst Çene |
| 4 | TME |
| 5 | Paranazal Sinüsler |
| 6 | Diğer (Belirtiniz): |

|  |  |
| --- | --- |
| **BT Alınma Sebebi** | |
| 1 | Lezyon |
| 2 | Gömülü Diş |
| 3 | Çenede Fraktür |
| 4 | İmplant amaçlı |
| 5 | Ortodontik amaçlı |
| 6 | Diğer (Belirtiniz): |

İstek Yapan Doktor:

Adı Soyadı:

İmzası