|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HASTANIN** | ADI SOYADI: | |
| TC KİMLİK NO: | |
| TELEFON NO: | |
| **PROTEZ UYGULAYAN HEKİMİN** | ADI SOYADI: | **STAJYER HEKİMİN**  **ADI SOYADI:** |
| UNVANI: |
| **ÖLÇÜNÜN** | ALINDIĞI TARİH / SAAT: | |
| LABORATUVARA KABUL EDİLDİĞİ TARİH / SAAT: | |
| **PROTEZİN** | HASTAYA TESLİM EDİLDİĞİ TARİH /SAAT: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROTEZ UYGULANAN DİŞLER** | | | | | | | | |
| **SAĞ ÜST ÇENE** | | | | | | **SOL ÜST ÇENE** | | |
| 18 17 16 15 14 13 12 11 | | | | | | 21 22 23 24 25 26 27 28 | | |
| 48 47 46 45 44 43 42 41 | | | | | | 31 32 33 34 35 36 37 38 | | |
| **SAĞ ALT ÇENE** | | | | | | **SOL ALT ÇENE** | | |
| **YAPILAN İŞLEM** | | | | | | | | |
| İSKELET (BÖLÜMLÜ) | | | TOTAL | | İMPLANT | | | KRON SERAMİK |
| ALT | | ÜST | ALT | ÜST | SABİT | | HAREKETLİ | ÜYE SAYISI |
|  | |  |  |  |  | |  |  |
| TESLİM EDEN | | | | | TESLİM ALAN | | |
| ADI SOYADI: | | | | | ADI SOYADI: | | |
| UNVANI: | | | | | PROTEZİMİ TESLİM ALDIM,  PROTEZ KULLANIMI İLE İLGİLİ EĞİTİM ALDIM.  İMZA: | | |
| İMZA: | | | | |