



**AĞIZ DIŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ**  
**BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT)**  
**İSTEK FORMU**

Doküman No	SRG.FR.02
Yayın Tarihi	05.06.2018
Revizyon Tar	--
Revizyon no	00
Sayfa No	1/1

Tarih:...../...../20....

**Hasta,**

**Adı Soyadı:** .....

Cinsiyeti: Kadın Erkek

KOD	İŞLEM ADI
	<b>BT ALINACAK BÖLGELER</b>
<input type="checkbox"/> 01	Alt çene
<input type="checkbox"/> 02	Üst çene
<input type="checkbox"/> 03	Alt-üst çene
<input type="checkbox"/> 04	TME
<input type="checkbox"/> 05	Paranasal sinüsler
Diğer (Yazınız):	
	<b>BT ALINMA SEBEBİ</b>
<input type="checkbox"/> 01	Lezyon
<input type="checkbox"/> 02	Gömük Diş
<input type="checkbox"/> 03	İmplant amaçlı
<input type="checkbox"/> 04	Çenede Fraktür
<input type="checkbox"/> 05	Ortodontik amaçlı
Diğer (Açıklayınız):	

**İstek Yapan Dr.**

**Adı Soyadı:** .....

**İmzası:**