



T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
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:...../...../201.....

Hasta,

Adı Soyadı:

Cinsiyeti: Kadın Erkek

KOD	İŞLEM ADI
	BT ALINACAK BÖLGELER
<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):	
	BT ALINMA SEBEBİ
<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):	

Not : Fakülte dışından Konik Işınlı Bilgisayarlı Tomografi isteği yapılırken, özellikle ilgili dişin / dişlerin ya da bölgenin belirtilmesi rica olunur.

İstek Yapan Dr.

Adı Soyadı:

İmzası: