



T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu : SRG.FR.02  
Yayın Tarihi : 05.06.2018  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 22.01.2020  
Sayfa No : 1/1

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

Hastanın,

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

Adı Soyadı : .....

Cinsiyet :  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	Parazantal 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) :

İstek Yapan Dr.

Adı Soyadı : .....

İmzası :

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN