



# AĞIZ DIŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ

## DENTAL TOMOGRAFİ (DT) İSTEK FORMU

Doküman No	SRG.FR.03
Yayın Tarihi	29.03.2018
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	1/1

Dosya No: ...../...../.....

Adı Soyadı:

Bölümü:

CİNSİYETİ: Kadın Erkek

Gönderen Dr:

Yatan Hasta Ayaktan Hasta

Sorumlu Öğretim Üyesi:

Klinik Bilgi :.....

Ön Tanı (Lütfen ayrıntılı bilgi yazınız): .....

LABORATUVAR KODU: 80..... VERİLEN RANDEVU TARİHİ: ...../...../20.....						
SAAT:						
	KOD	İŞLEM ADI	SAYI	KOD	İŞLEM ADI	SAYI
1. BÖLÜM		<b>DT 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				
	<input type="checkbox"/> 06	Nazal Fossa				
2. BÖLÜM		<b>DT ALINMA SEBEBİ</b>				
	<input type="checkbox"/> 01	Lezyon				
	<input type="checkbox"/> 02	Gömük Diş				
	<input type="checkbox"/> 03	İmplant				
	<input type="checkbox"/> 04	Çenede Fraktür				
	<input type="checkbox"/> 05	Ortodontik amaçlı				
	<input type="checkbox"/> 06	Anomorfolojik Değerlendirme				
3. BÖLÜM		<b>DT YAPILACAK İŞLEM</b>				
	<input type="checkbox"/> 803870	3 Boyutlu Görüntüleme		<input type="checkbox"/> 804060	BT, Temporal Kemik Yrbt, Tek Düzlem	
	<input type="checkbox"/> 803920	BT, Boyun		<input type="checkbox"/> 804080	BT, Tomografi Diğer	
	<input type="checkbox"/> 803930	BT, Dental Tomografi (DT)				
	<input type="checkbox"/> 803990	BT, Maksilla Fasial Tomografi, Aksiyel				
	<input type="checkbox"/> 804000	BT, Maksilla Fasial Tomografi, Koronel				
	<input type="checkbox"/> 804010	BT, Nazofarinks				
	<input type="checkbox"/> 804030	BT, Paranasal Sinüs				
<input type="checkbox"/> 804050	Bt, Tempomandibular Eklem					
AÇIKLAMALAR:						
DT. No:			Tahsil Edilen Ücret(Yazıyla)(.....)			
NOT : BU BİLGİLER OLMAZSA, İSTEK KABUL EDİLMEZ.						
Klinik bilgi verilmeyen, doktorun açık adı ve ismi bulunmayan istekler						

BT no: ..... Tahsil Edilen Ücret (Yazıyla) (.....)