Hasta: Tarih:

Adı Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyet:

|  |  |
| --- | --- |
| BT Alınacak Bölgeler | |
| 1. | Alt-Üst Tüm Çene |
| 2. | Alt Çene |
| 3. | Üst Çene |
| 4. | TME |
| 5. | Paranazal Sinüsler |
| 6. | Diğer (Belirtiniz): |

|  |  |
| --- | --- |
| BT Alınma Sebebi | |
| 1. | Lezyon |
| 2. | Gömülü Diş |
| 3. | Çenede Fraktür |
| 4. | İmplant amaçlı |
| 5. | Ortodontik amaçlı |
| 6. | Diğer (Belirtiniz): |

İstek Yapan Doktor:

Adı Soyadı:

İmzası