|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rapor Tanzim Tarihi ve Saati:** | |  | **Rapor No:** | |  | |
| **Gönderen Makam** |  | | **Muayene Edilenin** | | | |
| **Resmî yazı tarihi ve no** |  | | **T.C. Kimlik No** |  | | |
| **Eşlik Eden Resmi Görevlinin** | | | **Adı Soyadı** |  | | |
| **Adı Soyadı** |  | | **Baba Adı** |  | | |
| **Sicil No** |  | | **Doğum Yeri ve Tarihi** |  | |  |
| **Muayeneye Gönderilme Nedeni** | | | **Cinsiyeti** | 🞏 Kadın | | 🞏 Erkek |
| **Mesleği** |  | | |

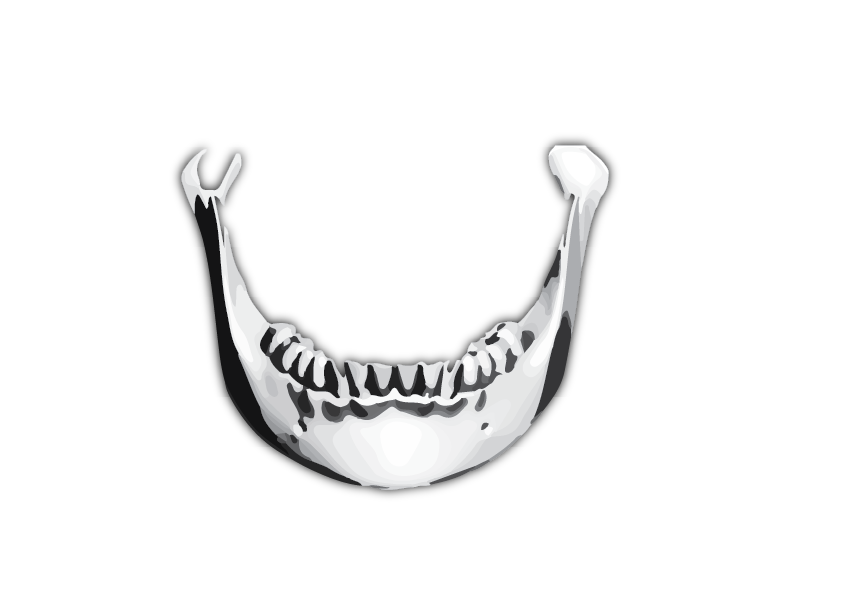
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Muayene Koşulları** | *Bu bölümü, gözaltı işlemi ve insan hakları ihlali iddiası nedeniyle muayeneye getirilen kişiler için mutlaka doldurunuz.* | | |
| **Uygun ortam sağlandı mı?** | 🞏 Evet | 🞏 Hayır *Nedeni:* | |
| **Muayene sırasında bulunan kişiler** | 🞏 Tabip ve muayene edilen | | 🞏 Güvenlik görevlisi |
| 🞏 Sağlık mesleği mensubu personel | | 🞏 Muayene edilenin müdafii |
| **Muayeneye Esas Olayla İlgili Bilgiler** | *Bu bölümdeki bilgileri, muayeneye getirilen kişinin ifadelerine göre doldurunuz.* | | |
| **Olayın Öyküsü:** *(Tarih ve saat bilgilerini belirtmeyi unutmayınız.)* | | | |
| **Muayene Edilenin Şikâyetleri:** | | | |
| **Muayene Edilenin Tıbbi Özgeçmişi:** | | | |

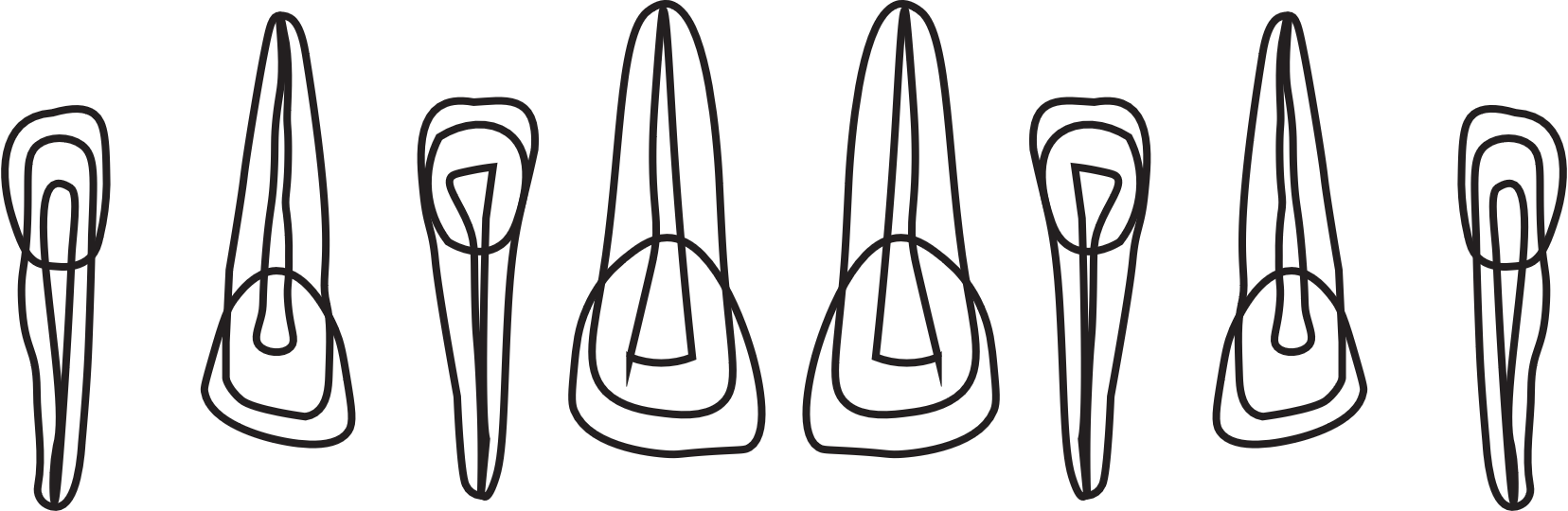
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muayene edilenin Adı Soyadı:** | | |  | | | | **Rapor tarihi ve no:** | | | | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **İstenilen Konsültasyonlar** *Konsültasyon istemlerinizi bu kısma yazını; Konsültasyon bulgularına, Raporun Sonuç kısmında özetle yer veriniz.* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Muayene Bulguları** *Bu Bölümde, bütün kısımların doldurulması gerekmemektedir. Olaya, iddiaya, talebe ve muayene bulgularına göre gerekli görülenleri yapınız ve ilgili kısmı doldurunuz.* | | | | | | | | | | | | | |
| **Muayene tarihi:** | | **\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** | | | | | **Muayene saati:** | | | | **\_\_ \_\_ : \_\_ \_\_** | | |
| **Sistem Muayeneleri** *Tespit edilen diğer bulgularla ilgili sistemi işaretleyiniz ve bulguları belirtiniz.*  (İNTRA ORAL ve EKSTRA ORAL MUAYENE BULGULARI) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Tetkikler** *İstediğiniz tetkikleri işaretleyerek sonuçları yazınız.* | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Tomografi | 🞏 Periapikal film | | | 🞏 Panaromik film | | 🞏 Ultrasonografi | | | 🞏 Biyopsi | | | | 🞏 Diğer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Eklenen Konsültasyon Raporları ve Tıbbi Belge Örnekleri** *Varsa Rapora eklenen Vücut Diyagramı, Konsültasyon Muayene Raporu, Psikiyatrik Muayene/Konsültasyon Raporu ve diğer tıbbî belge örneklerini belirtiniz.* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Sonuç** | | | | | | | | | | | | | |
| Bir Başka Sağlık Kuruluşuna Sevkine | | | | | **🞏 Gerek Görülmedi** | | | | | **🞏 Gerek Görüldü** | | | |
|  | | | | | **🞏 Kesin Rapor** | | | | | **🞏 Durumu Bildirir Geçici Rapor** | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Muayene Edilenin Adı Soyadı:** | | | |  | | | | **Rapor Tarihi ve No:** | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Travmaya uğrayan diş/dişleri şema üzerinde belirtiniz** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SAĞ ÜST ÇENE** | | | | | | | | **SOL ÜSTÇENE** | | | | | | | |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| **SAĞ ALT ÇENE** | | | | | | | | **SOL ALT ÇENE** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SAĞ ÜST ÇENE** | | | | | **SOL ÜSTÇENE** | | | | |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
| **SAĞ ALT ÇENE** | | | | | **SOL ALT ÇENE** | | | | |

**Travma ile ilgili bilgileri ve kırık hattını aşağıdaki şekil üzerinde gösteriniz**





|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Muayeneyi Yapan ve Raporu Düzenleyen Tabibin** | |  |
| **Adı Soyadı:** |  | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  **Diş Hekimliği Fakültesi**  **Mühür** |
| **İmzası:** |  |
| **Diploma No:** |  |