|  |  |
| --- | --- |
| **Hastanın Adı:** | **Tarih:** |
| **Hastanın Cinsiyeti:** | **Kart No:** |
| **Doğum tarihi:** | **Telefon:** |
| **Ebeveyn adı:** | **Adres:** |
| **Ebeveynin işi:** |  |
| **Kabul İmzası:** | **Takip eden Dt:** |

Planlanmakta olan yer tutucu tedavisinin yapılmasını ve ödemem gereken teknisyen ücretini kabul ediyorum.

**Ebeveyn imzası:.............................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikal Hikayesi:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diş Hikayesi:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Yumuşak Dokunun Durumu:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Oral Hijyen:** | | İyi: | | | Orta: | | Kötü: | | | **Diş Fırçalama:** Günde | | | | | 1: | | | 2: | | | | | 3: | | Hiç: |
| **Okluzyon:** | | | | | | | | | | **Molar Kapanışı:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Overjet** |  | mm | | **Overbite** | |  | | mm | | **Overbite:** | | |  | mm | | | **Crossbite:** | | | | |  | | mm | |
| **Kötü Alışkanlıklar:** | | | Tırnak Yeme: | | | | | | Parmak Emme: | | | | | | | Kalem Isırma: | | | | | | | | | |
| Dil-Yanak Emme: | | | | | | Biberon Kullanma: | | | | | | | Benzeri: | | | | | | | | | |
| **Eksik Süt Dişlerin Lokalizasyonu:** | | | | | | | | | | | | **Sağ** | | | | | | | | **Sol** | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| **Alınan Radyografi:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Yapılan Yer Tutucunun Cinsi:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vidalı Aktif Aparey**: | | |  | | | | | | | | Yapım Tarihi: | | | | | | | | | | | | | | |
| Nedeni: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vidanın Lokalizasyonu: | | | | | | | | | | | Mevcut Yer Miktarı: | | | | | | | |  | | Mm | | | | |
| **Aktif Aparey**: | | |  | | | | | | | | Yapım Tarihi: | | | | | | | | | | | | | | |
| Nedeni: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sabit Yer Tutucu:** | | |  | | | | | | | | Yapım Tarihi: | | | | | | | | | | | | | | |
| Sabit Y.T. Lokalizasyonu: | | | | | | | | | | | Yapıştırma Materyalinin Cinsi: | | | | | | | |  | | | | | | |
| Yapılan Sabit Y.T. Cinsi: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Hareketli Yer Tutucu:** | | | | | | | | | | | Yapım Tarihi: | | | | | | | | | | | | | | |
| H.Y.T. lokalizasyonu: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Yapılan H.Y.T. Cinsi: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**ONAY**

Yer tutucular, çocukların dişleri ve çenelerine uygun olarak hekim tarafından ölçü alınarak diş teknisyenleri tarafından hazırlanır. Çocukların diş gelişimine ve kayıp diş sayısına göre sabit veya hareketli olarak hazırlanabilirler. Çekilen süt dişinin altındaki daimi dişin ağız içerisine sürmesine kadar ağızda kalmalıdırlar. Tedaviden beklenenler: Çekim boşluğunun diğer dişler tarafından kapatılmasını önler ve daimi diş sürene kadar bu boşluğu koruyarak ideal pozisyonda ve sürmesi gereken zamanda daimi dişin sürmesini sağlar. İleride oluşabilecek ortodontik problemleri önler. Çapraşıklığı önlediği için dişlerin ideal pozisyonda kalmasını sağlar ve güzel bir diş dizisinin yanı sıra, dişlerin kolayca fırçalanmasını ve ara yüzlerde diş çürüğü oluşma riskini en aza indirger. Özellikle ön diş kayıplarının çocukta oluşturacağı olumsuz etkiyi (psikolojik olarak) ortadan kaldırır. Önerilen tedavi uygulanmazsa: Erken süt dişi çekiminden sonra yer tutucu yapılmazsa, alttan gelen daimi diş sürene kadar yandaki dişler eğilerek, dönerek kaybedilmiş süt dişinin yerini kapatabilirler. Boşluğun karşısında bulunan diş uzamaya başlayabilir. Bu nedenle, daimi diş normal yerinin dışında sürerek ya da süremeyerek ortodontik problemlere yol açabilir. Olası riskler: Yeterli oral hijyen sağlanmadığında gıda retansiyonu artacağından, yeni diş çürükleri oluşabilir. Yer tutucular, ilk takıldığı günlerde diş etinde rahatsızlık oluşturabilir. Hareketli yer tutucunun nasıl kullanılacağına dikkat edilmediğinde, uyum bozuklukları veya kırılmalar meydana gelebilir. Sabit yer tutucular, diş yüzeyine yapıştırılarak yerleştirildiklerinden düşebilirler. Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler: Sakız, karamel gibi yapışkan ve/veya kabuklu sert yiyeceklerin tüketilmemesi önemlidir. Yer tutucuların kırılma, yerinden çıkma, uyum problemlerinde, en kısa zamanda hekime başvurulmalıdır. Yer tutucu dil veya parmak ile bastırılmamalı veya oynanmamalı, oral hijyene özen gösterilmelidir. Düzenli olarak diş hekimi kontrolüne gidilmelidir. **Aşağıdaki boş alanı kendi el yazınızla ''Bana verilen bu evrakı okudum, anladım ve tedaviyi kabul ediyorum.'' şeklinde doldurunuz.**

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Hastanın ya da hastanın yasal temsilcisinin;** | **Tedavi uygulayan hekimin;** |
| **Adı Soyadı:** | **Adı Soyadı:** |
| **T.C. Kimlik No:** | **İmzası:** |
| **Doğum Tarihi:** |  |
| **İmzası:** |  |