

	BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PERİODONTOLOJİ A.D. KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ DEFTERİ	Doküman Kodu	EÖF.YD.08
		Yayın Tarihi	21.08.2025
		Revizyon No	-
		Revizyon Tarihi	.../.../.....
		Sayfa	1/3

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI
20.../20... EĞİTİM ÖĞRETİM YILI
KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ DEFTERİ

<i>Öğrencinin</i> Adı ve Soyadı : Sınıfı : Numarası : Klinik Uygulama Grubu : Klinik Uygulama Tarihleri :	Fotoğraf
--	----------

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

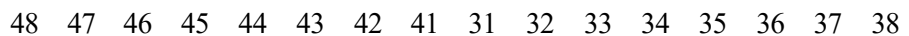
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

4

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

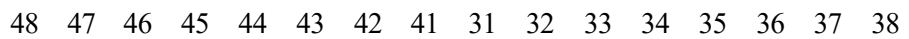
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

8

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

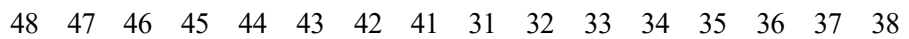
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28



10

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

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

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

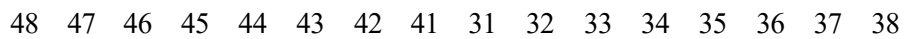
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

20

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

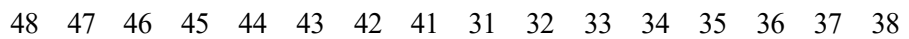
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

22

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

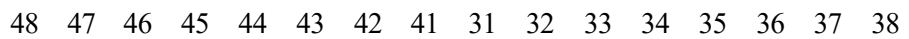
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

24

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

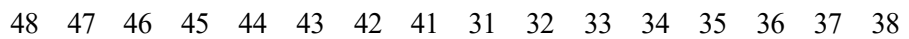
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

30

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

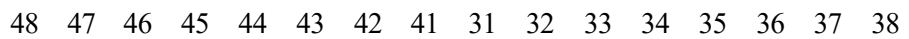
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

32

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

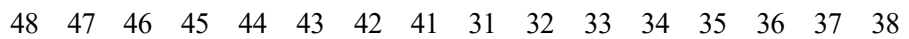
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

34

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

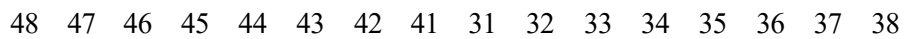
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

36

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

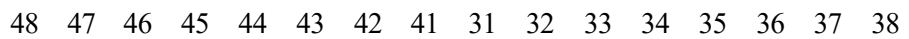
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

40

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

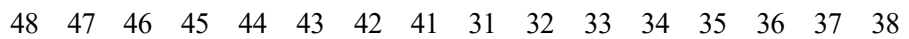
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

42

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

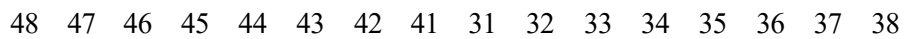
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

44

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

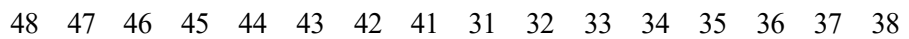
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

46

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

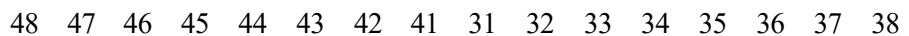
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

50

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

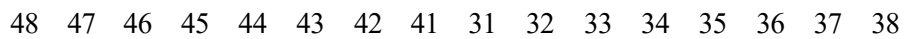
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

52

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

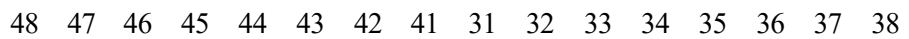
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

56

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

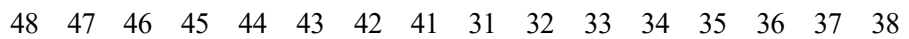
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

58

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

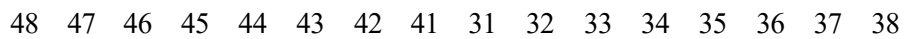
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

60

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

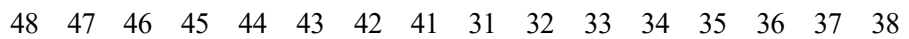
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

66

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

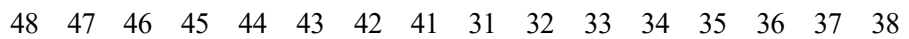
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

74

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

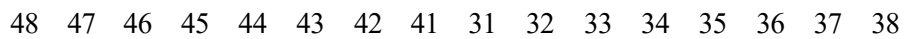
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

76

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

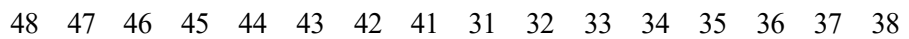
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

78

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

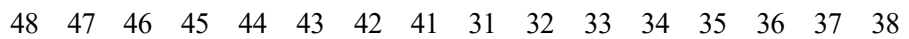
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

82

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

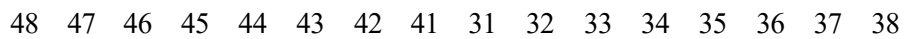
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

84

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

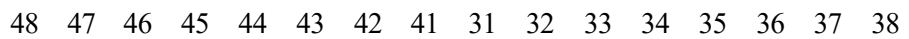
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

88

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

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

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

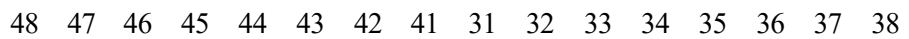
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

96

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

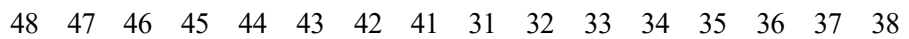
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

98

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

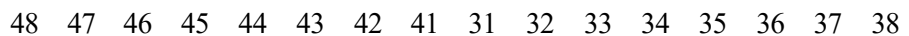
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

100

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

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

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

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

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

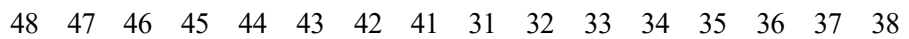
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

106

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

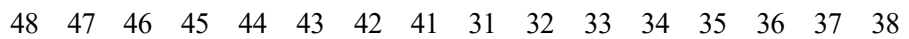
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

114

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

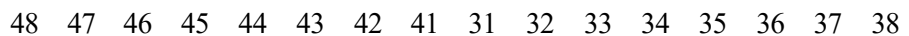
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

116

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

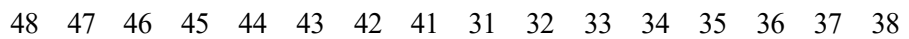
İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

118

Hastanın Adı ve Soyadı:

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

T.C. No:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Konsültan Ö.Ü:

Cinsiyeti:

Adres ve Tel.:

Şikayet:

Medikal Hikaye:

Dental Hikaye:

Ekstraoral Muayene:

İntraoral Muayene:

Periodontal Teşhis

Tedavi Planı:

Tarih	Yapılan Tedaviler	Bölge
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

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