



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ A.D.
KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ DEFTERİ

Doküman Kodu	EÖF.YD.10
Yayın Tarihi	21.08.2025
Revizyon No	-
Revizyon Tarihi	.../.../.....
Sayfa	1/5

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI
20.../20... EĞİTİM ÖĞRETİM YILI
KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ DEFTERİ

Öğrencinin

Adı ve Soyadı :

Sınıfı :

Numarası :

Klinik Uygulama Grubu :

Klinik Uygulama Tarihleri :

Fotoğraf

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....

.....

.....

.....

TME

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

LENFLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

.....

SİNÜSLER

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....

.....

Sol:.....

.....

VİTALİTE

.....

.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CERRAHİ:.....

.....

.....

TEDAVİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENDODONTİ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERİODONTOLOJİ:.....

.....

.....

PROTEZ:.....

.....

.....

.....

.....

ORTODONTİ:.....

.....

.....

.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Dosya No:

Hasta Şikayeti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sistemik Hastalık

İlaçlar

Alerji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERRAHİ:.....
.....
.....

TEDAVİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENDODONTİ:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERİODONTOLOJİ:.....
.....
.....

PROTEZ:.....
.....
.....
.....

ORTODONTİ:.....
.....
.....
.....

T.C. BAİBÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Yaş:

Ağız Planı:

Entegre:

Muayene Geçmişi:

Radyografi Endikasyonu:

.....
.....
.....
.....

TME

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

LENFLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....
.....

SİNÜSLER

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

TÜKÜRÜK BEZLERİ/KANALLARI

Sağ:.....
.....

Sol:.....
.....

VİTALİTE

.....
.....

ORAL LEZYONLAR

LOKALİZASYON:.....

ŞEKİL:.....

RENK:.....

YÜZEY ÖZELLİĞİ:.....

ÖNTANI:.....

İNTRAORAL RADYOGRAFİ

[illegible]

İNTRAORAL RADYOGRAFİ

[illegible]

İNTRAORAL RADYOGRAFİ

[illegible]

İNTRAORAL RADYOGRAFİ

[illegible]

PANORAMİK RADYOGRAFİ

[illegible]

[illegible]

PANORAMİK RADYOGRAFİ

[illegible]

PANORAMİK RADYOGRAFİ

[illegible]