



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

PEDODONTİ ANAMNEZ FORMU

Kod: HD.FR.25 Yayın Tarihi: 4.06.2021 Revizyon No: Revizyon Tarih: S.N:1/1

Hastanın Adı-Soyadı: Doğum Yeri: No:
Kardeş Sayısı: Doğum Tarihi: Tarih:
Babanın ve Annenin Mesleği: Telefon: Kart no:
Adres:

Genel Sağlık Problemi var mı? (Varsa nedir): Var ☐ Yok ☐
Alerjisi var mı? (Varsa neye karşı): Var ☐ Yok ☐
Kullandığı İlaç var mı? (Varsa isimleri): Var ☐ Yok ☐
Penisilin, Aspirin, Lokal Anestezik vb. bir ilaca alerjisi var mı?(varsa isimleri) Var ☐ Yok ☐

Dış Şikâyeti:

PEDODONTİ

☐18 ☐17 ☐16 ☐15 ☐14 ☐13 ☐12 ☐11 ☐21 ☐22 ☐23 ☐24 ☐25 ☐26 ☐27 ☐28
☐55 ☐54 ☐53 ☐52 ☐51 ☐61 ☐62 ☐63 ☐64 ☐65
☐85 ☐84 ☐83 ☐82 ☐81 ☐71 ☐72 ☐73 ☐74 ☐75
☐48 ☐47 ☐46 ☐45 ☐44 ☐43 ☐42 ☐41 ☐31 ☐32 ☐33 ☐34 ☐35 ☐36 ☐37 ☐38

Açıklama:

AĞIZ DİŞ ÇENE CERRAHİSİ

☐18 ☐17 ☐16 ☐15 ☐14 ☐13 ☐12 ☐11 ☐21 ☐22 ☐23 ☐24 ☐25 ☐26 ☐27 ☐28
☐55 ☐54 ☐53 ☐52 ☐51 ☐61 ☐62 ☐63 ☐64 ☐65
☐85 ☐84 ☐83 ☐82 ☐81 ☐71 ☐72 ☐73 ☐74 ☐75
☐48 ☐47 ☐46 ☐45 ☐44 ☐43 ☐42 ☐41 ☐31 ☐32 ☐33 ☐34 ☐35 ☐36 ☐37 ☐38

Açıklama:

ORTODONTİ

Açıklama:

Çocuğuma/bana pedodonti kliniğinde yapılacak işlemler hakkında bilgilendirildim. Yapılacak tedavileri kabul ediyorum ve hekimimin gerekli gördüğü tedavileri uygulamasına izin veriyorum. Çocuğuma/bana ait fotoğraf ve dokümanların bilimsel amaçlı kullanılmasına izin veriyorum.

Ebeveynin Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

Hazırlayan	Kontrol eden	Onaylayan
Kalite Birim Personeli	Kalite Koordinatörü	Başhekim



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

PEDODONTİ ANAMNEZ FORMU

Kod: HD.FR.25

Yayın Tarihi: 4.06.2021

Revizyon No:

Revizyon Tarih:

S.N:1/1