

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI HASTA SEVK FORMU

BÖLÜM 1: SEVK BİLGİLERİ

Sevk Eden Kurum/Klinik: _____

Sevk Eden Hekim: _____

Telefon: _____ Sevk Tarihi: __/__/__

BÖLÜM 2: HASTA BİLGİLERİ

Adı Soyadı: _____

T.C. Kimlik No: _____ Doğum Tarihi: __/__/__

Telefon: _____

BÖLÜM 3: TIBBİ BİLGİLER

Sistemik Hastalıklar (Lütfen belirtiniz):

☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ Kalp Hastalığı ☐ Kan Hastalığı ☐ Böbrek Yetmezliği

☐ Diğer: _____

Sürekli Kullandığı İlaçlar: _____

Alerji (ilaç, materyal vb.): _____

BÖLÜM 4: SEVK NEDENİ VE KLİNİK DURUM

İlgili Diş/Bölge: _____

Yapılan İşlem:

Gelişen Komplikasyon / Sevk Gerekçesi (Detaylı olarak açıklayınız):

Komplikasyon Sonrası Yapılan Acil Müdahale (varsa):

Klinik Bulgular:

BÖLÜM 5: EKLENEN DOKÜMANLAR

Lütfen hasta ile birlikte gönderilen belgeleri işaretleyiniz.

☐ Panoramik Radyografi (Tarih: __/__/__)

☐ Periapikal Radyografi (Tarih: __/__/__)

☐ KİBT/CBCT (Tarih: __/__/__)

☐ Klinik Fotoğraflar

☐ Diğer: _____

BÖLÜM 6: SEVK EDEN HEKİMİN NOTLARI VE ONAYI

Ek Notlar:

Hastanın yukarıda belirtilen durum ile kliniğimize sevkinin uygun olduğunu beyan ederim.

Hekimin Adı Soyadı: _____

Kaşe ve İmza: