

	DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	Doküman No	S.HB.FR.10
		Yayın Tarihi	03.08.2026
	AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI HASTA SEVK FORMU	Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	00
		Sayfa No	1 / 2

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 (İlaç, 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):

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN		ONAYLAYAN
Hem. Bedia AKBACI Kalite Yönetim Sorumlusu	Turan GÖK Hastane Müdürü	Doç. Dr. Tansu ÇİMEN Kalite Direktörü	Prof. Dr. Mehmet AKIN Dekan

	DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	Doküman No	S.HB.FR.10
		Yayın Tarihi	03.08.2026
	AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI HASTA SEVK FORMU	Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	00
		Sayfa No	2 / 2

Klinik Bulgular:

BÖLÜM 5: EKLENEN DOKÜMANLAR

Lütfen hasta ile birlikte gönderilen belgeleri işaretleyiniz.

- ☐ Panoramik Radyografi (Tarih: __/__/__)
- ☐ Periapikal Radyografi (Tarih: __/__/__)
- ☐ KIBT/CBCT (Tarih: __/__/__)
- ☐ Klinik Fotoğraflar
- ☐ Diğer: _____

BÖLÜM 6: SEVK EDEN HEKİMİN NOTLARI VE ONAYI

Ek Notlar:

Hastanın yukarıda belirtilen durum ile kliniğinize sevkini uygun olduğunu beyan ederim.

Hekimin Adı Soyadı: _____

Kaşe ve İmza:

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN		ONAYLAYAN
Hem. Bedia AKBACI Kalite Yönetim Sorumlusu	Turan GÖK Hastane Müdürü	Doç. Dr. Tansu ÇİMEN Kalite Direktörü	Prof. Dr. Mehmet AKIN Dekan