



Doktor: _____

Adres: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Hasta: _____

Cinsiyet: Kadın Erkek Doğum Tarihi: ___ / ___ / ____ Hasta No: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Gizli Bilgidir

1. Tedavi edilecek çene:

Üst Alt Her ikisi

5. Orta hat:

Üst düzeltme Yön: Sağ Sol ___ mm
 Alt düzeltme Yön: Sağ Sol ___ mm

2. Tedavi amacı:

Çapraşıklık çözme Boşluk kapatma
 Diğer

6. Çapraşıklığın çözüm şekli:

Üst Aşındırma Protruzyon
 Alt Aşındırma Protruzyon

3. Hareket ettirilmeyecek dişler:

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

7. Yetersiz overjet nedeniyle tüm boşluklar kapatılamayacak olursa restorasyon için boşluğun nerelere açılmasını istersiniz?

2'lerin distali 3'lerin distali
 Eşit olarak 2'lerin ertafı
 Ek talimatlara bakın

4. Tedavi sonrası restorasyon yapılacak (yapılacaksa) dişler için bırakılacak boşluklar:

⊙3⊙2⊙1⊙1⊙2⊙3⊙
⊙3⊙2⊙1⊙1⊙2⊙3⊙

8. Ek talimatlar:

Tarih: ___ / ___ / ____

Doktorun İmzası: _____