



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ



ÖĞRENCİ NUMARASI :

ADI, SOYADI :

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİDONTOLOJİ KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİNİN AMAÇ VE HEDEFLERİ

- Hasta ve klinik ekibi ile etkili bir iletişim sağlamak,
- Uygulanacak tedavinin nedenini ve detaylarını öğrenmek,
- Periodontal prosedürler için gerekli aletlerin ve malzemelerin prensiplerini anlamak ve bilgiyi uygulamak,
- Periodontal prosedürlerde yer alan tehlikeli atık, cihaz ve durumları belirlemek ve bunlara uygun şekilde muameleyi öğrenmek,
- Daha önce anlatılan didaktik ders notları ile klinik uygulamaları arasındaki ilişkiyi anlamak,
- Periodontal hastalıklara neden olan lokal etiyolojik faktörleri, oral florayı ve mikrobiyolojiyi öğrenmek,
- Koruyucu diş hekimliğinin önemini kavramak, oral hijyen eğitimini önemini kavramak,
- Hastanın medikal ve dental hikâyesini yorumlamak ve doğru teşhis koyup, prognozu belirlemek ve tedavi planlaması yapmak,
- Subgingival ve supragingival diştaşı temizliği ve polisaj yapmak,
- Radyografik inceleme ile periodontal dokuları değerlendirmek,
- Kemik yıkımı paternini anlamak,
- Periodontal parametrelerin kaydını ve yumuşak dokunun değerlendirilmesini öğrenmek,
- Periodontal anatomiye öğrenmek,
- Periodontal hastalıkların patogenezini anlamak,
- Periodontal hastalıkların tedavisinde farklı tedavi cerrahi ve cerrahi olmayan yaklaşımlarını öğrenmek,
- Periodontal hastalık elimine edildikten sonra periodontal sağlığın devamı için idame tedavileri sağlamak,
- Dental aletler, ekipman ve kullanılan diğer malzemeler için sterilizasyon ve dezenfeksiyon yöntemlerini bilmek ve demonstre edebilmesi, periodontal tedaviler için asepsi ve antisepsiye idame ettirebilmesi,
- Enstrümantasyon sırasında, uygun vücut mekaniğini ve hasta-hekim için doğru konumlanma seçeneklerini bilmek ve demonstre edebilmek,
- Hastadan doğru bilgilerin alınması ve kaydedebilmek: medikal/dental hikâye ve özet
- Periodontal sond, ağız aynası vb. içeren muayene aletlerinin kullanımını bilmek ve demonstre edebilmek.
- İntraoral ve ekstraoral yapıları belirleyebilmesi ve tedavi sürecinde değişiklikleri kaydedebilmek,
- Tam bir periodontal değerlendirme yapabilmek için teknikleri ve uygun prosedürleri demonstre edebilmek,
- Diştaşı temizliği ve işlemleri sırasında, alet kullanımı ve kullanımdaki sınırlarını bilmek,

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



- Periodonsiyumun görünümünü belirlemek ve kaydedebilmek,
- Klinik kurallara uygun olarak periodontal indeks formlarını tamamlayabilmektir.

ARAÇ VE YÖNTEMLER

- Periodontoloji Klinik eğitiminin ilk günü hasta üzerinde muayene ve detertraj ve polisaj işlemlerinin demonstrasyonu gerçekleştirilir.
- Doğru çalışma pozisyonları ve alet kullanımı konusunda bilgi verilir.
- Klinik Eğitimin ikinci gününden itibaren öğrenciler hastalarında anamnez alarak, oral, periodontal ve radyografik muayene yaparlar.
- Hastanın anamnezi, teşhisi, prognozu ve tedavi planlaması nöbetçi araştırma görevlisi ve uygun olduğunda öğretim üyeleri ile karşılıklı tartışılır.
- Ayrıca, öğrenci periodontal tedavilerin cerrahi aşamaları konusunda aldıkları teorik eğitimlerin pekiştirilmesi adına, uygun görülen zamanlarda Periodontoloji ameliyatlarında gözlemci olarak bulunur.
- Klinik eğitim sürecinde kliniğe ve pratik uygulamalara yönelik ders anlatılır.
- Öğrenciler kendilerine verilen güncel konularda araştırma yaparak hazırlanırlar.

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ

1. Klinik Eğitim sürecinde teorik (kuramsal) sınavlar, quizler, sözlüler ve hasta başı sınavları yapılır. Bu sınavların not ortalaması alınarak yıl içi çalışma olarak değerlendirilir.
2. **Dönem 4 için;** Her öğrenci klinik eğitim süresince en az 15 hastaya Detertraj+Polisaj yapmakla yükümlüdür. Bu hasta sayısını tamamlayan öğrenci yıl sonu final sınavına girmeye hak kazanır.
3. **Dönem 5 için;** Her öğrenci klinik eğitim süresince en az 25 hastaya Detertraj+Polisaj, 10 quadrant (çeyrek çene) SRP (scaling & root planning) yapmakla yükümlüdür. Bu hasta sayısını tamamlayan öğrenci yıl sonu final sınavına girmeye hak kazanır.
4. Her öğrenci kendisine verilen konularda araştırma yapıp, konuyu sunmalıdır.
5. Klinik Eğitimi sürecinin başında sözlü olarak Diagnostik Sınav yapılır. Eğitim süresinin sonunda ise hasta başı sınav yapılır.

PERİDONTOLOJİ KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİNDE UYULMASI GEREKEN KURALLAR

1. Her öğrenci Periodontoloji Kliniği'nde zamanında ve tam hazırlıklı olarak bulunmak zorunludur. Kliniğe geç gelen öğrenci geç kaldığı gün kadar, yıl sonu telafi döneminde telafi yapar.
2. Her öğrenci "Öğrenci Karnesi"ne yapıştırılmak üzere bir adet resim verecektir.
3. Hasta alımı Nöbetçi öğretim elemanı kontrolü ve sorumluluğundadır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 4 / 64

4. Hastalara randevu “randevu kartı” ile verilir. Kartta randevu günü, saati ve **hekim adı** açıkça belirtilmelidir. Kolay iletişim için, randevu verilen tüm hastaların ikişer adet telefon numaraları alınır.
5. Periodontoloji Kliniğinde, ameliyat gözlemcisi öğrenciler kontrol hastalarını başka günlere çağırırlar.
6. Sterilizasyon, dezenfeksiyon ve COVID-19 çalışma kurallarına uyulmalıdır.
7. Hastaların kontrol randevuları sorumlu öğrenci tarafından mutlaka organize edilip takip edilmelidir.
8. Klinik Uygulama defterleri, İmzalar hasta bakıldıktan sonra **en geç 24 saat** içinde ilgili öğretim elemanından alınmalıdır. İmzaları tamam olmayan hastalar baraj içinde sayılmayacaktır.
9. Klinik Uygulama Eğitim sonunda Final sınavına girebilmek için klinik uygulama defterlerinin belirtilen zamanda teslim edilmesi gerekmektedir.
10. Kliniğe gelirken her öğrencinin **isimliği** ve **koruyucu gözlüğü/yüz maskesi** olmalıdır. Hasta ile çalışırken **koruyucu gözlüğü/yüz maskesi** takmak zorunludur.
11. Her öğrenci Periodontoloji Kliniği’ne ütülü, temiz kıyafetlerle gelmek zorundadır.
12. Her öğrenci alet tablasını düzenli ve temiz tutmak zorundadır.
13. Ünit başından ayrılırken reflektör kapatılmalıdır.
14. Eldiven ile çalışırken, kullanılan aletler, reflektör kolu, hava/su spreyi ve ünit kolu dışında herhangi bir yere dokunulmamalıdır. Dokunulduğu takdirde eldiven değiştirilerek, ilgili yer dezenfekte edilmelidir. Aksi takdirde “çapraz enfeksiyon” a neden olunacaktır.
15. Hastaların sistemik, dental ve periodontal anamnezleri dikkatli bir şekilde alınmalıdır. Hipertansiyon hastalarının tansiyonları mutlaka ölçülmelidir.

Periodontoloji Klinik Uygulama Eğitim Grubu

Prof. Dr. Mustafa TUNALI

Prof. Dr. Esra ERCAN

Dr. Öğr. Üyesi Raif ALAN

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 5 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 6 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

1. SEANS TARİH: İMZA:
2. SEANS TARİH: İMZA:
3. SEANS TARİH: İMZA:
4. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 7 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 8 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

5. SEANS TARİH: İMZA:
6. SEANS TARİH: İMZA:
7. SEANS TARİH: İMZA:
8. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 9 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 10 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

9. SEANS TARİH: İMZA:
10. SEANS TARİH: İMZA:
11. SEANS TARİH: İMZA:
12. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?

() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 12 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

13. SEANS TARİH: İMZA:
14. SEANS TARİH: İMZA:
15. SEANS TARİH: İMZA:
16. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 14 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

17. SEANS TARİH: İMZA:
18. SEANS TARİH: İMZA:
19. SEANS TARİH: İMZA:
20. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?

() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içerdim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 16 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

21. SEANS TARİH: İMZA:
22. SEANS TARİH: İMZA:
23. SEANS TARİH: İMZA:
24. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 18 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

25. SEANS TARİH: İMZA:
26. SEANS TARİH: İMZA:
27. SEANS TARİH: İMZA:
28. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 19 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 20 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

29. SEANS TARİH: İMZA:
30. SEANS TARİH: İMZA:
31. SEANS TARİH: İMZA:
32. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 21 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 22 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
FP																	
M																	
Pİ																	
Gİ																	
DÇ																	
SD																	
SD																	
DÇ																	
Gİ																	
Pİ																	
M																	
FP																	
	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

33. SEANS TARİH: İMZA:
34. SEANS TARİH: İMZA:
35. SEANS TARİH: İMZA:
36. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 23 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 24 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

37. SEANS TARİH: İMZA:
38. SEANS TARİH: İMZA:
39. SEANS TARİH: İMZA:
40. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içerdim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 26 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

41. SEANS TARİH: İMZA:
42. SEANS TARİH: İMZA:
43. SEANS TARİH: İMZA:
44. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?

() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 28 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
FP																	
M																	
Pİ																	
Gİ																	
DÇ																	
SD																	
SD																	
DÇ																	
Gİ																	
Pİ																	
M																	
FP																	
	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

45. SEANS TARİH: İMZA:
46. SEANS TARİH: İMZA:
47. SEANS TARİH: İMZA:
48. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?

() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 30 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

49. SEANS TARİH: İMZA:
50. SEANS TARİH: İMZA:
51. SEANS TARİH: İMZA:
52. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 31 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?

() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içerdim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 32 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

53. SEANS TARİH: İMZA:
54. SEANS TARİH: İMZA:
55. SEANS TARİH: İMZA:
56. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 33 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim
Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 34 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

57. SEANS TARİH: İMZA:
58. SEANS TARİH: İMZA:
59. SEANS TARİH: İMZA:
60. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?

() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içerdim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 36 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

61. SEANS TARİH: İMZA:
62. SEANS TARİH: İMZA:
63. SEANS TARİH: İMZA:
64. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 37 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 38 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

65. SEANS TARİH: İMZA:
66. SEANS TARİH: İMZA:
67. SEANS TARİH: İMZA:
68. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 40 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

69. SEANS TARİH: İMZA:
70. SEANS TARİH: İMZA:
71. SEANS TARİH: İMZA:
72. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?

() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 42 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

73. SEANS TARİH: İMZA:
74. SEANS TARİH: İMZA:
75. SEANS TARİH: İMZA:
76. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?

() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 44 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

77. SEANS TARİH: İMZA:
78. SEANS TARİH: İMZA:
79. SEANS TARİH: İMZA:
80. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 45 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 46 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

81. SEANS TARİH: İMZA:
82. SEANS TARİH: İMZA:
83. SEANS TARİH: İMZA:
84. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 47 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 48 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

85. SEANS TARİH: İMZA:
86. SEANS TARİH: İMZA:
87. SEANS TARİH: İMZA:
88. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 49 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 50 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

89. SEANS TARİH: İMZA:
90. SEANS TARİH: İMZA:
91. SEANS TARİH: İMZA:
92. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?

() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 52 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

93. SEANS TARİH: İMZA:
94. SEANS TARİH: İMZA:
95. SEANS TARİH: İMZA:
96. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 54 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

97. SEANS TARİH: İMZA:
98. SEANS TARİH: İMZA:
99. SEANS TARİH: İMZA:
100. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 55 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içerdim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 56 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

101. SEANS TARİH: İMZA:
102. SEANS TARİH: İMZA:
103. SEANS TARİH: İMZA:
104. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 58 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

105. SEANS TARİH: İMZA:
106. SEANS TARİH: İMZA:
107. SEANS TARİH: İMZA:
108. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?

() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 60 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

109. SEANS TARİH: İMZA:
110. SEANS TARİH: İMZA:
111. SEANS TARİH: İMZA:
112. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 61 / 64

PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 62 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

113. SEANS TARİH: İMZA:
114. SEANS TARİH: İMZA:
115. SEANS TARİH: İMZA:
116. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



PERİODONTAL HASTA TAKİP FORMU

Soyadı, Adı : Doğum Tarihi :
Cinsiyet : () K () E Tel :
Meslek : Adres :
Eğitim Durumu : () İlkokul () Lise () Üniversite () Y. Lisans / Doktora

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

Son 5 yıl içinde herhangi bir hastalık/operasyon geçirdiniz mi? () Evet () Hayır
Sürekli doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet () Hayır
Kalp pili kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Bir yeriniz kesildiğinde kanamanız uzun sürer mi? () Evet () Hayır
Herhangi bir (penisilin, anestezi, ağrı kesici vs.) alerjiniz var mı? () Evet () Hayır
Hamile misiniz? () Evet () Hayır Emzirme döneminde misiniz? () Evet () Hayır
Daha önce diş tedavileri sırasında ciddi bir problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır

SİSTEMİK HASTALIKLAR

() Radyoterapi () Kalp Hastalığı () Kan Hastalığı () Kronik Böbrek Yetmezliği
() Kemoterapi () Astım, Bronşit () Hepatit B () Diabet Tip I – II
() Kalp Krizi () Tüberküloz () Hepatit C () Tiroid hastalığı (Guatr vs.)
() Yüksek Tansiyon () Osteoporoz () AIDS () Diğer

AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİLERİ

Kliniğimize başvuru nedeniniz nedir?
() Ağrı () Kanama () Ağız Kokusu () Dişlerde sallanma, yer değiştirme
() Yönlendirilme () Kontrol () Diğer:

Diş fırçalama sıklığı/şekli:

Daha önce diş eti tedavisi yapıldı mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu? () Evet () Hayır

Diş etlerinizde çekilme var mı? () Evet () Hayır

Dişlerinizde sallanma hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Nefesinizde kötü koku hissediyor musunuz? () Evet () Hayır

Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır () Hiç kullanmadım () Eskiden içtim

Evet ise: Miktar:/gün Süre:

Alkol kullanıyor musunuz? () Evet Düzenli () Arada sırada () Hayır

Tek taraflı çiğneme: () Var () Yok Diş sıkma / Gıcırdatma: () Var () Yok

Dişlerde Aşınma: () Var () Yok (Aşınmanın tipi, hangi dişlerde olduğu belirtilmelidir)

Mukogingival Stres: () Var () Yok (Hangi bölgelerde ve neye bağlı olduğu belirtilmelidir)

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan



T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZMART ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİDONTOLOJİ ANABİLİM DALI



DOKÜMAN NO: HB.PE.UB.01

YAYIN TARİHİ: 07.05.2021

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 64 / 64

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
FP														
M														
Pİ														
Gİ														
DÇ														
SD														
SD														
DÇ														
Gİ														
Pİ														
M														
FP														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

SD: Sondalama Derinliği, DÇ: Dişeti Çekilmesi, Gİ: Gingival İndeks, Pİ: Plak İndeksi, M: Mobilite, FP: Furkasyon Problemi

RADYOGRAFİK BULGULAR:

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

TEŞHİS:

.....
.....

TEDAVİ PLANLAMASI:

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

UYGULANAN TEDAVİLER:

117. SEANS TARİH: İMZA:
118. SEANS TARİH: İMZA:
119. SEANS TARİH: İMZA:
120. SEANS TARİH: İMZA:

- **HASTA BİTİMİ** () TARİH..... İMZA:
- **HASTA DEVRİ** () TARİH..... İMZA:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Sorumlusu	Kalite Direktörü	Dekan