|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TC Kimlik No: |  | Doğum T.: | ……../..……/…………. |
| Adı Soyadı: | …………………………………… | Cinsiyeti: |  E  K |
| Okul/Kurum adı: | ………………………………………………………………………………….. |
| Sınıfı: | ………………………… | Veli Tel. No | ……………………… |

Tablo.1

|  |  |
| --- | --- |
| Florürlü vernik uygulaması yapıldı mı? |  Yapıldı  Yapılamadı  |
| Yapılamadıysa nedeni nedir? |  Kooperasyon problemi  Aile izninin (onam) olmaması Diğer sebepler: ………………………… |

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

Tablo. 2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***NOT:******5 yaş çocuklarında 6 numaralı dişlerin muayenesi unutulmamalıdır!*****Kodlama**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **S**: Ağızda bulunan mevcut sağlıklı dişler\* | **D**: Dolgulu diş  | **Ç**: Kaviteli çürük diş\*\* |
| **0**: Ağızda görülmeyen ve sürmemiş diş | **K**: Çürük nedeni ile çekilmiş diş  |  **T**: Travma\*\*\* |

\* Fissür örtücü uygulanmış dişler sağlıklı kabul edilecektir.\*\*Aynı dişte hem çürük hem de dolgu varsa "Ç" ile ifade edilecektir. Kırık dolgular da "Ç" ile ifade edilecektir.\*\*\* Dişte kırık, avulsiyon ve travmaya bağlı renk değişiklikleri ile dişte hem kırık hem dolgu olduğu durumlar "T" ile ifade edilecektir. |

Tablo. 3

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ortodontik bozukluk var mı?
 |   Var  Yok  Değerlendirilemedi |
| 1. Ortodontik tedavi görüyor mu?
 |   Evet  Hayır  |
| 1. Ağızda Akut Enfeksiyon var mı?
 |   Var  Yok  |
| 1. Yer Tutucu var mı?
 |   Var  Yok  |
| 1. Diş fırçalama sıklığı nedir?
 |   Kendine ait diş fırçası yok   Fırçalamıyor   Düzensiz fırçalıyor   Günde 1 Kez fırçalıyor.  Düzenli olarak günde 2 veya daha fazla fırçalıyor. |
| 1. Fırçalamada diş eti kanaması var mı?
 |   Var  Yok  |
| 1. Diş hekimine gitme sıklığı nedir?
 |   Hiç Gitmemiş   Yakınması olduğunda   Düzenli olarak (yılda…….. kez) |
| 1. Son bir yıl içinde kaç kez diş hekimine gitti?
 |  ………. kez |

***Muayene yapan diş hekimi/hekimin adı soyadı/sicili: …………………………………………………………****/****…………………………***