



PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ

Fotoğraf

Öğrencinin Adı Soyadı :

Öğrencinin Numarası :

Öğrencinin Sınıfı :

Öğrencinin Klinik Uygulama Grubu :

Klinikte Çalıştığı Tarihler :

Öğrenciye Ulaşılabilecek Telefon No :

HASTANIN:

Adı Soyadı :.....

Cinsiyeti :.....

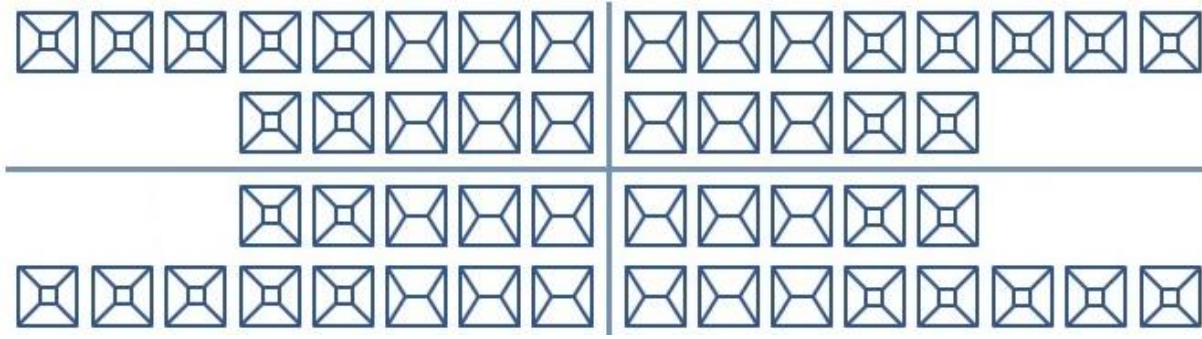
Doğum Tarihi :.....

Telefon No :.....

Sistemik Hastalık :.....

Kullandığı İlaçlar :.....

Alerji (İlaç/Gıda) :.....



Ağızdaki dişlere nokta koyarak belirtiniz.

MC: Mine Çürüğü R: Restorasyon
DC: Dentin Çürüğü YT: Yer tutucu

Varlığını yüzeyleriyle birlikte
dişler üzerinde belirtiniz.

Diş No/Bölge	Endikasyon (Restorasyon/ Amputasyon/Kanal Tedavisi/ Fissür Örtücü/Fluor)	Kavite Tipi	Kuafaj/Kaide/ Kanal Dolgu Materyali ve Markası	Restorasyon Materyali, Markası ve Rengi	Fissür Örtücü Markası	Fluor Yöntemi ve Markası	Tarih	Asistan Kaşe/İmza	Öğretim Üyesi Kaşe/İmza