



Adli Muayene Rapor Formu

Rapor Düzenleme Tarihi ve Saati:/...../..... -	Rapor No:
Gönderen Makam:	Muayene Edilenin
Resmî Yazı Tarihi ve No:/...../..... -	T.C Kimlik No:
Eşlik Eden Resmî Görevlinin	Adı Soyadı:
Adı Soyadı:	Baba Adı:
Sicil No:	Doğum Yeri ve Tarihi:-...../...../.....
Muayeneye Gönderilme Nedeni	Cinsiyet: Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
.....	
Muayeneye Esas Olayla İlgili Bilgiler	
Olayın Öyküsü: (Muayene edilenin kendi ifadesi ile yazılacaktır)	
.....	
Muayene Edilenin Anamnezi:	
.....	
Muayene Edilenin Tıbbi Özgeçmişi:	
.....	
Muayene Bulguları	
Muayene Tarihi:/...../.....	Muayene Saati:
İntra Oral ve Ekstra Oral Muayene Bulguları:	
.....	

Not: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Yayımladığı
Dental Travma Klinik Protokol'ü Ek'idir.



Daimi Dişler

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Süt Dişler

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Varsa Kırık Hattı ile İlgili Bilgiler	
Üst Çene	Alt Çene
.....
.....
Yapılan Tetkikler	
.....	
.....	
.....	
SONUÇ	
Bir Başka Sağlık Kuruluşuna Sevkine <input type="checkbox"/> Gerek görülmedi <input type="checkbox"/> Gerek görüldü	
<input type="checkbox"/> Kesin rapor <input type="checkbox"/> Durumu bildirir geçici rapor	
.....	
.....	
.....	
Muayeneyi Yapan ve Raporu Düzenleyen Tabibin	
Adı Soyadı:	Kurum Mührü:
Diploma No:	
İmzası:	