

**TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU**  
**KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI**  
**MUAYENE TAKİP FORMU (ÖĞRENCİ)**

20..... / 20..... EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI

..... İli ..... Toplum Sağlığı Merkezi

*Bu sayfa, florürlü vernik uygulaması için onam veren ya da vermeyen tüm veliler tarafından doldurulacaktır.*

**Öğrencinin;**

TC. Kimlik Numarası

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Adı Soyadı

.....

Okul/Kurum Adı

.....

Sınıf/Şube

.....

Doğum Tarihi

..... /..... /.....

Cinsiyeti

Kız       Erkek

**Öğrenci Velisinin;**

Adı Soyadı

.....

Telefon Numarası

.....

Eğitim Durumu

Okur-yazar değil     Okur-yazar     İlkokul  
 Ortaokul                       Lise                       Yüksekokul / Üniversite

**Velisi olduğunuz öğrenci hakkında aşağıda yer alan soruları cevaplayınız:**

1. Ortodontik tedavi gördü mü/ görüyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2. Dişlerini fırçalarken diş eti kanaması oluyor mu?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
3. Kendisine ait diş fırçası var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
4. Diş fırçalama sıklığı nedir?	<input type="checkbox"/> Fırçalamıyor <input type="checkbox"/> Düzensiz fırçalıyor <input type="checkbox"/> Günde 1 kez fırçalıyor <input type="checkbox"/> Günde 2-4 kez fırçalıyor
5. Ara yüz fırçası / diş ipi kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
6. En son diş hekimine gitme nedeni nedir?	<input type="checkbox"/> Hiç gitmedi <input type="checkbox"/> Ağrı veya yakınma <input type="checkbox"/> Tedavi veya tedavi takibi <input type="checkbox"/> Yakınma olmaksızın yılda en az bir kez düzenli kontrol için <input type="checkbox"/> Nedenini hatırlamıyorum

*Not: Tabloda yer alan her soru için sadece bir seçenek işaretlenmelidir.*

