

TANIYA DAYALI ORTODONTİK TEDAVİ KONTROL FORMU

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSUNUN ADI		MUAYENE TARİHİ	
Hasta Adı Soyadı			
T.C. Kimlik No.			
Provizyon numarası			
Rapor Tanısı	Sınıf I <input type="checkbox"/>	Sınıf II <input type="checkbox"/>	Sınıf III <input type="checkbox"/> Ortognatik <input type="checkbox"/>
Radyolojik Görüntüleme	Panoramik film <input type="checkbox"/>	Sefalometrik film <input type="checkbox"/>	Diğer

YAPILAN TEDAVİLER (Başlangıç Aşaması)

Sınıf I <input type="checkbox"/>	Sınıf II <input type="checkbox"/>	Sınıf III <input type="checkbox"/>	Ortognatik <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Tanı veya Tedavi Uygulaması	Fotoğraf Adet (En az)	Açıklamalar	Kontrol
Ortodontik tanı fotoğrafı	3	Bütün tedavi gruplarında hastadan başlangıç kayıt işlemleri sırasında sentrik okluzyonunda alınmış olan cephe, profil ve ağız içinden dişlerin kapanışta olduğunu gösteren fotoğraflarının bulunması gerekir.	
Çift çeneyi ilgilendiren aparey yapımı (Hareketli veya sabit)	1	Sınıf I-II-III ve Ortognatik tedavi gruplarında yandaki apareylerden herhangi birisinin uygulandığını gösteren ağız içi veya dışı fotoğrafın bulunması gerekir.	
Tek çeneyi ilgilendiren ortodontik aparey tatbiki			
Ağız dışı aparey tatbiki (Headgear, çenelik, yüz maskesi)			
Hızlı Maksiller genişletme apareyi			
Alt ve Üst çene dişlerine bant/braket tatbiki ile beraber ark teli uygulanması			

*Vakanın sefalometrik analizi talep edilmesi halinde sunulur.

... / ... / 20..

KONTROL

Formdaki işlemlerin yapıldığı görülmüştür.
Kontrolü Yapan Diş Hekiminin Adı-Soyadı, Kaşesi, İmzası

TANIYA DAYALI ORTODONTİK TEDAVİ KONTROL FORMU

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSUNUN ADI		MUAYENE TARİHİ	
Hasta Adı Soyadı			
T.C. Kimlik No.			
Provizyon numarası			
Rapor Tanısı	Sınıf I <input type="checkbox"/> Sınıf II <input type="checkbox"/> Sınıf III <input type="checkbox"/> Ortognatik <input type="checkbox"/>		
Radyolojik Görüntüleme	Panoramik film <input type="checkbox"/> Sefalometrik film <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		

YAPILAN TEDAVİLER (Tedavi Aşaması)

Sınıf I <input type="checkbox"/>	Sınıf II <input type="checkbox"/>	Sınıf III <input type="checkbox"/>	Ortognatik <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Tedavi Uygulaması	Fotoğraf Adet (En az)	Açıklamalar	Kontrol
Alt ve üst çene dişlerine bant/braket tatbiki ile beraber ark teli uygulanması	3	Sınıf I-II-III ve ortognatik tedavi gruplarından herhangi birisi için yandaki apareylerin uygulandığını gösteren tedavi aşmasının değerlendirilmesinde yardımcı olacak ağız içi fotoğrafın (okluzal dahil) bulunması gerekir ve başlangıç paketinden itibaren en erken 6 ay sonra faturalandırılabilir.	Digital

*Vakanın sefalometrik analizi talep edilmesi halinde sunulur.

... / / 20..

KONTROL

Formdaki işlemlerin yapıldığı görülmüştür.
Kontrolü Yapan Diş Hekiminin Adı-Soyadı, Kaşesi, İmzası

TANIYA DAYALI ORTODONTİK TEDAVİ KONTROL FORMU

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSUNUN ADI		MUAYENE TARİHİ	
Hasta Adı Soyadı			
T.C. Kimlik No.			
Provizyon numarası			
Rapor Tanısı	Sınıf I <input type="checkbox"/> Sınıf II <input type="checkbox"/> Sınıf III <input type="checkbox"/> Ortognatik <input type="checkbox"/>		
Radyolojik Görüntüleme	Panoramik film <input type="checkbox"/> Sefalometrik film <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		

YAPILAN TEDAVİLER (Pekiştirme Aşaması)

Sınıf I <input type="checkbox"/>	Sınıf II <input type="checkbox"/>	Sınıf III <input type="checkbox"/>	Ortognatik <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Tanı veya Tedavi Uygulaması	Fotoğraf Adet (En az)	Açıklamalar	Kontrol
Pekiştirme tedavisi	3	Bütün tedavi gruplarında hastadan bitim kayıt işlemleri sırasında sentrik okluzyonunda alınmış olan cephe, profil ve ağız içinden dişlerin kapanışta olduğunu gösteren fotoğraflarının bulunması gerekir.	
Pekiştirme aygıtı veya sabit pekiştirme aygıtı	1	Tedavi gruplarının hepsinde yandaki apareylerin uygulandığını gösteren ağız içi fotoğrafın bulunması gerekir.	

*Vakanın sefalometrik analizi talep edilmesi halinde sunulur.

... / / 20..

KONTROL

Formdaki işlemlerin yapıldığı görülmüştür.
Kontrolü Yapan Diş Hekiminin Adı-Soyadı, Kaşesi, İmzası

TANIYA DAYALI ORTODONTİK TEDAVİ

Ortodontik tedavilerin faturalandırılması taniya dayalı olarak yapılacak ve ortodontik tedavide uygulanan bütün işlemler tedaviye dâhil edilmiş olur. Ortodontik tedaviler için dört temel taniya dayalı tedavi uygulamasına geçilmektedir. Fiyatlandırma taniya dayalı tedavi üzerinden yapılır.

- ✓ Sınıf I Ortodontik Tedavi,
- ✓ Sınıf II Ortodontik Tedavi,
- ✓ Sınıf III Ortodontik Tedavi,
- ✓ Ortognatik Cerrahide Ortodontik Tedavi.

Her bir taniya dayalı ortodontik tedavi;

- ✓ Başlangıç aşaması,
- ✓ Tedavi aşaması,
- ✓ Pekiştirme aşaması,

olmak üzere üç tedavi aşamasından oluşmaktadır.

Hasta sağlık hizmet sunucularında ilk defa ortodontik tedaviye alınırken; SUT eki Ek-7 Listesindeki 7.1 başlığındaki taniya dayalı ortodontik tedaviler esas alınarak tedavi sınıfına göre sisteme işlenir. Open-bite, deep-bite ve ekspansiyon, taniya dayalı tedavi fiyatına dâhildir. Ayrıca her bir taniya dayalı tedavi; başlangıç aşaması, tedavi aşaması ve pekiştirme aşaması olmak üzere üç alt faturadan oluşmaktadır. Hasta için SGK tarafından yapılacak olan ödeme; ortodontik tedavinin adı geçen aşamalara geldiğinin gösterilmesi ve belgelenmesi durumunda yapılır. Belgeleme işlemi her aşama için kontrol formunda açıklanmış olup;

- **Başlangıç aşaması:** Hastanın ortodontik tanı ve tedavi planlaması yapıldıktan sonra ortodontik tedaviye alınarak tedavi mekaniklerinin uygulanmaya başlandığının gösterilmesi ve belgelenmesidir.
- **Tedavi aşaması:** Ortodontik tedavide uygulanan mekanikler sonrasında planlanan sonuçların alınmaya başlandığı veya belirli bir aşamaya gelindiğinin gösterilmesi ve belgelenmesidir.
- **Pekiştirme aşaması:** Ortodontik tedavinin tamamlandığının gösterilmesi ve belgelenmesidir.

Adı geçen aşamaların bedellerinin ödenebilmesi için, ortodontik tedavi kontrol formunda istenilen

i
ş
l
e
m
l
e
r
i
n

y
a
p
l
m
ı
ş