**EK-2/Ç-3**

**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 Sınıf II Sınıf III Ortognatik | |
| **Radyolojik Görüntüleme** | Panoramik film Sefalometrik film Diğer …………… | |

**YAPILAN TEDAVİLER (Başlangıç Aşaması)**

|  |
| --- |
| Sınıf I Sınıf II Sınıf III Ortognatik |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tanı veya Tedavi Uygulaması** | **Fotoğraf Adet**  **(En az)** | **Açıklamalar** | **Kontrol** |
| Ortodontik tanı fotoğrafı | 3 | Bütün tedavi gruplarında hastadan başlangıç kayıt işlemleri sırasında sentrik oklüzyonunda 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 Sınıf II Sınıf III Ortognatik | |
| **Radyolojik Görüntüleme** | Panoramik film Sefalometrik film Diğer ......………… | |

**YAPILAN TEDAVİLER (Tedavi Aşaması)**

|  |
| --- |
| Sınıf I Sınıf II Sınıf III Ortognatik |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. |  |

\*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 Sınıf II Sınıf III Ortognatik | |
| **Radyolojik Görüntüleme** | Panoramik film Sefalometrik film Diğer ......………… | |

**YAPILAN TEDAVİLER (Pekiştirme Aşaması)**

|  |
| --- |
| Sınıf I Sınıf II Sınıf III Ortognatik |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tanı veya Tedavi Uygulaması** | **Fotoğraf Adet**  **(En az)** | **Açıklamalar** | **Kontrol** |
| Pekiştirme tedavisi | 3 | Bütün tedavi gruplarında hastadan bitim kayıt işlemleri sırasında sentrik oklüzyonunda 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 tanıya dayalı olarak yapılacak ve ortodontik tedavide uygulanan bütün işlemler tedaviye dâhil edilmiş olur. Ortodontik tedaviler için dört temel tanıya dayalı tedavi uygulamasına geçilmektedir. Fiyatlandırma tanıya dayalı tedavi üzerinden yapılır.

* Sınıf I Ortodontik Tedavi,
* Sınıf II Ortodontik Tedavi,
* Sınıf III Ortodontik Tedavi,
* Ortognatik Cerrahide Ortodontik Tedavi.

**Her bir tanıya 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-2/Ç Listesindeki 7.1 başlığındaki tanıya dayalı ortodontik tedaviler esas alınarak tedavi sınıfına göre sisteme işlenir. Open-bite, deep-bite ve expansiyon, tanıya dayalı tedavi fiyatına dâhildir. Ayrıca her bir tanıya 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:** **(Değişik: RG - 01/08/2013-28725/ 18 md. Yürürlük: 01/08/2013)** ~~Hastanın ortodontik tanı ve tedavi planlaması yapıldıktan sonra ortodontik tedaviye alınarak tedavi mekaniklerinin uygulanmaya başlandığının gösterilmesi ve belgelenmesidir.~~ Hastanın ortodontik tedavi planlamasının yapılarak, tedaviye ve 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 işlemlerin yapılmış olması ve fotoğrafla belgelenmesi gerekmektedir.