



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
KURUM DIŞI KONSÜLTASYON FORMU

Doküman No	HB.FR.02
Yürürlüğe Gir.Tar.	09.02.2015
Revizyon No	02
Revizyon Tarihi	02.01.2019
Sayfa No	Sayfa 1/1

Konsültasyon İstenen Bölüm :

Protokol No :

Hasta Adı / Soyadı :

Hastadan alınan anamnez sonucunda :

.....

olduğu öğrenildi. Hastaya adrenalini lokal anestezi altında.....

.....işlemi uygulanacaktır.

.....

açısından tarafınızdan değerlendirilmesi rica olunur.

Talep Eden Bölüm

İsteyen Hekim

İmza / Kaşe

Değerlendirme :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Değerlendiren Hekim / İmza / Kaşe :