



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
İMLANT DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HD.FR.05
Yürürlüğe Gir.Tar.	02.11.2018
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 1/1

HASTA BİLGİLERİ

Protokol No:

Adı Soyadı:

Tel. No:

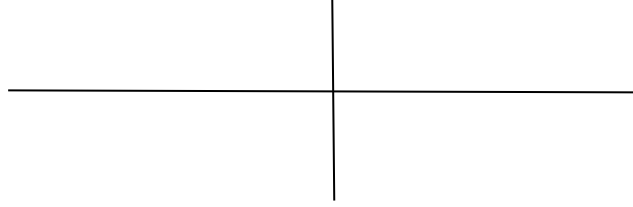
T.C. No:

Kan Grubu:

Doğum Yeri /Tarihi:

İmza:

İmplant Cerrahisini Yapacak Olan Hekimin Ön Değerlendirmesi:



Onaylayan Hekimin

Adı Soyadı:

Kaşe – İmza:

Ağız Diş ve Çene Cerrahisi A.D. Değerlendirmesi:

Onaylayan Hekimin

Adı Soyadı:

Kaşe – İmza:

Periodontoloji A.D. Değerlendirmesi:

Onaylayan Hekimin

Adı Soyadı:

Kaşe – İmza:

Protetik Diş Tedavisi A.D. Değerlendirmesi:

Onaylayan Hekimin

Adı Soyadı:

Kaşe – İmza:

Uygun Görülen İmplant Paketi: