

|                                                                                  |                                                                                                    |                           |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------|
|  | <b>T.C.</b><br><b>D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ</b><br><b>HASTA HAKLARI BAŞVURU FORMU</b> | <b>Doküman No</b>         | HD.FR.02   |
|                                                                                  |                                                                                                    | <b>Yürürlüğe Gir.Tar.</b> | 02.05.2018 |
|                                                                                  |                                                                                                    | <b>Revizyon No</b>        | 01         |
|                                                                                  |                                                                                                    | <b>Revizyon Tarihi</b>    | 02.01.2019 |
|                                                                                  |                                                                                                    | <b>Sayfa No</b>           | Sayfa 1/2  |

| BAŞVURUDA BULUNANIN                      |     |  | BAŞVURULAN PERSONEL VE KURUM BİLGİLERİ  |  |
|------------------------------------------|-----|--|-----------------------------------------|--|
| ADI                                      |     |  | İL                                      |  |
| SOYADI                                   |     |  |                                         |  |
| EĞİTİM DURUMU                            |     |  | BİRİM                                   |  |
| MESLEĞİ                                  |     |  | PERSONELİN                              |  |
| CİNSİYET/YAŞ                             |     |  | ADI VE SOYADI                           |  |
| ADRESİ                                   |     |  | PERSONELİN<br>ÜNVANI                    |  |
| TELEFONLAR                               | EV  |  |                                         |  |
|                                          | CEP |  |                                         |  |
|                                          | İŞ  |  |                                         |  |
| TC NO                                    |     |  |                                         |  |
| E-POSTA ADRESİ                           |     |  |                                         |  |
| BAŞVURUYU YAPANIN<br>ADI SOYADI / İMZASI |     |  | FORMU DOLDURANIN<br>ADI SOYADI / İMZASI |  |

|                                     |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>BAŞVURUNUN İÇERİĞİ VE KONUSU</b> |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|



**T.C.**  
**D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ**  
**HASTA HAKLARI BAŞVURU FORMU**

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| <b>Doküman No</b>         | HD.FR.02   |
| <b>Yürürlüğe Gir.Tar.</b> | 02.05.2018 |
| <b>Revizyon No</b>        | 01         |
| <b>Revizyon Tarihi</b>    | 02.01.2019 |
| <b>Sayfa No</b>           | Sayfa 2/2  |