
 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	<b>ORTODONTİK TEDAVİSİNİ YARIM BIRAKAN HASTA KAYIT FORMU</b>			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.143	Yayın tarihi 21.09.2018	Revizyon No 1	Revizyon tarihi 30.05.2024	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1

**S.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ORTODONTİ ANABİLİM DALI  
BAŞKANLIĞINA**

Tedavinin yapılması için verdiğim rızayı, sağlığımı olumsuz etkileyeceği için; risklerin farkında olarak, kendi isteğimle tedavimi iptal ediyorum. Bu aşamadan sonraki tüm sorumluluklar tarafıma aittir. Tekrar tedavi olmayı talep etmem halinde ortodontik tedavimin SGK tarafından karşılanmadığını bilmekteyim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

**Hastanın Adı- Soyadı:** .....

T.C. Kimlik No'su: .....

Tarih: ...../...../20....

Saat: ...../.....

İmzası: .....

**Hasta Velisinin/Vasisinin Adı-Soyadı:** .....

Tarih: .....

İmzası: .....

T.C. Kimlik No'su : .....

Adresi:.....

Telefon : .....

**Hekimin Adı- Soyadı:**.....

Tarih: .....

İmzası: .....

<b>Hazırlayan</b>	<b>Kontrol Eden</b> Kal. Yön. Direkt.	<b>Onaylayan</b> Dekan

