



SELÇUK
ÜNİVERSİTESİ

**ORTODONTİ UZMANLIK TEZ
ÇALIŞMASI HASTA GÖNÜLLÜ
İMZA FORMU**



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Kodu
HD.FR.144

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**

Ben T.C. Nolu hasta.....'ın Tez çalışması için uygun şartlara sahip olup olmadığının tespiti için ortodonti kliniğinde randevu sürem gelmemiş olmasına rağmen aradan muayenem yapılması için alındım. Son ortodontik muayeneden sonra tez çalışmanız için uygun olup olmadığımı tespit edilecek olup, uygun olmamam durumunda normal sıramın korunarak ve sıramın geldiğinde tedavimin gerçekleşeceğini bilmekteyim.

Bilginize.

NOT:

Evet

Hayır

Hasta kriterlere uygundur.

.....

.....

Tez çalışması hastası olmayı kabul etti.

KATILIMCI

Adı/Soyadı:

VELİSİ/YASAL SORUMLUSU

Tarih:

Adı/Soyadı:

İmza:

Tarih:

İmza:

KATILIMCI İLE GÖRÜŞEN HEKİM

Adı/Soyadı/Unvan:

Adres: S.Ü Diş Hek. Fak. Ortodonti

ABDTel No:

İmza:

Hazırlayan	Kontrol Eden Kal. Yön. Direkt.	Onaylayan Dekan