



SELÇUK
ÜNİVERSİTESİ
Kodu
PL.FR.183

PROTEZ VE HASTA TAKİP FORMU



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Sayfa No / Sayfa Sayısı
1/1

Yayın tarihi
25.03.2021

Revizyon No
1

Revizyon tarihi
30.05.2024

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

No:..... Tarih:/...../202....



SABİT PROTEZ



TAMİR

Yukarıda işaretli olanKron / Protezin yapılmasını rica ederim.

1.Ölçü:

2.Ölçü:.....

Diş Rengi:.....

Teknisyen Adı:.....

Kapanış(Metal Prova)Tarihi:

Açıklama:.....

.....

Teslim Tarihi:...../...../202...

TESLİM EDEN

Diş Hekimi

Kaşe/ İmza

Sayın Diş Hekimi; Bu işi ikinci defa gönderirken yeni makbuz ile birlikte bu makbuzu da gönderiniz.

TESLİM ALAN

Hasta

İmza/ Telefon

TESLİM EDEN

Firma Yetkilisi

Kaşe/ İmza

BARKOD



PROTEZ VE HASTA TAKİP FORMU



Kodu
PL.FR.183

Yayın tarihi
25.03.2021

Revizyon No
1

Revizyon tarihi
30.05.2024

Sayfa No / Sayfa Sayısı
1/1

Hazırlayan	Kontrol Eden Kal. Yön. Direkt.	Onaylayan Dekan