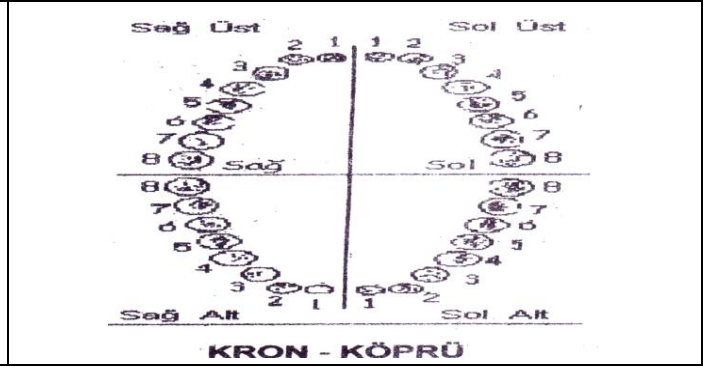
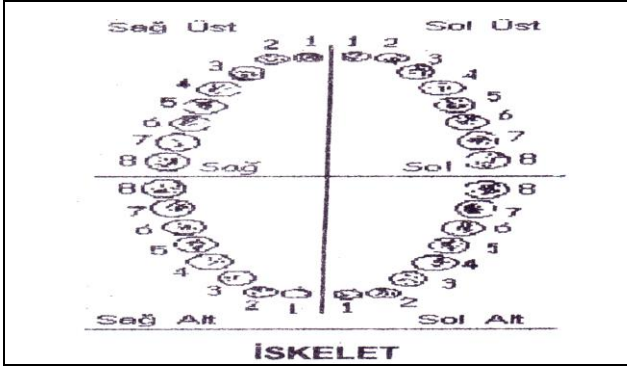




PROTEZ ENDİKASYON VE MÜSTAHAKLIK İSTEM FORMU

Doküman Kodu	SH.PL.02.01
Yayın Tarihi	01.04.2014
Revizyon Tarihi	07.03.2022
Revizyon No	03



Aşağıda adı geçen kişinin protez yapımı için müstehak olup olmadığının tespitini rica ederim.

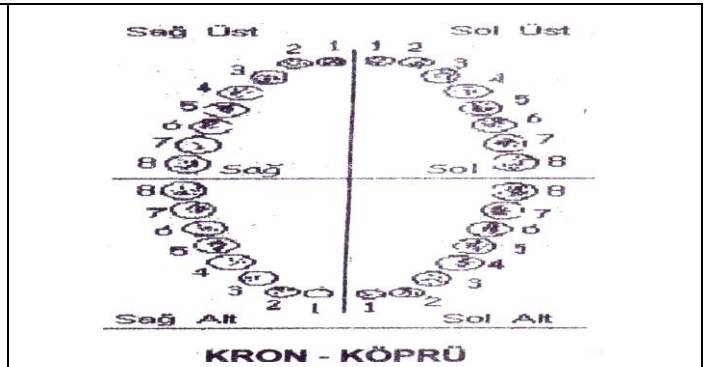
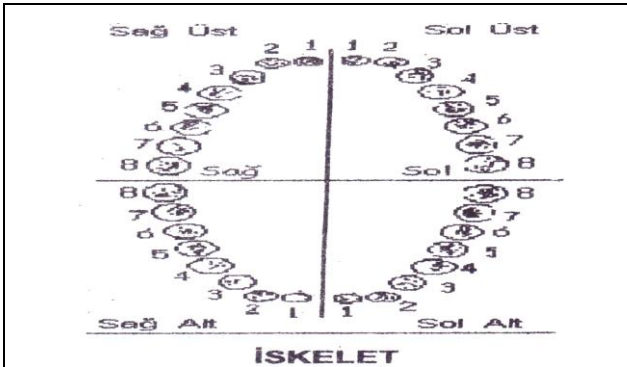
Sorgulama Yapılan Hastanın

Adı Soyadı:

Protez Yapımını Uygun Gören Diş Hekiminin

Adı Soyadı:

İmzası:



Aşağıda adı geçen kişinin protez yapımı için müstehak olup olmadığının tespitini rica ederim.

Sorgulama Yapılan Hastanın

Adı Soyadı:

Protez Yapımını Uygun Gören Diş Hekiminin

Adı Soyadı:

İmzası: