



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
KONSÜLTASYON (KURUM DIŞI) FORMU



Doküman kodu: HD.FR.04

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı: 1/1

Konsültasyon İstenen Bölüm :

Protokol No :

Hasta Adı :

Sayın Meslektaşım,

Hastadan alınan anamnez sonucunda;

.....
..... olduğu öğrenildi.

Hastaya adrenalinli lokal anestezi altında, uygulanacaktır.

.....
açısından tarafınızdan değerlendirilmesi rica olunur.

Talep Yapan Birim:

Adı Soyadı:

İmza:

CEVAP:

.....
.....
.....
.....
.....

Konsültan Hekim

Kaşe/İmza