



**T.C.  
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ  
ORTODONTİ ANABİLİM DALI  
ORTODONTİK TEDAVİSİNİ YARIM BIRAKAN HASTALAR  
İÇİN BEYAN VE İMZA BELGESİ**



Doküman kodu: HD.RB.10

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı: 1/1

**Elle yazılacak olan ifade:**

TEDAVİNİN YAPILMASI İÇİN VERDİĞİM RIZAYI, SAĞLIĞIMI OLUMSUZ ETKİLEYECEK RİSKLERİN FARKINDA OLARAK, KENDİ İSTEĞİMLE GERİ ÇEKİYORUM.

Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ortodontik tedaviyi yürütecek Ortodontist;**

Dr. \_\_\_\_\_

İmza: \_\_\_\_\_

**Tedaviyi kabul eden kişi veya yasal temsilcisi;**

Adı, Soyadı: \_\_\_\_\_

İmza: \_\_\_\_\_