



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

KONSÜLTASYON İSTEK FORMU

Kod: HB.FR.02

Yayın Tarihi:15.12.2020

Revizyon No:

Revizyon Tarih:

S.N: 1/1

Hastanın;
Adı Soyadı :
Pol.Protokol No:
Görüş İstenilen Bölüm:

Konu :

Konsültasyon İsteyen Diş Hekimi
Tarih/Kaşe

KONSÜLTASYON SONUCU

Muayene Edilen Polk.:

Polk. Protokol No :

Tanı :

Öneriler :

Konsültan Hekim
Tarih/Kaşe



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

KONSÜLTASYON İSTEK FORMU

Kod: HB.FR.02

Yayın Tarihi:15.12.2020

Revizyon No:

Revizyon Tarih:

S.N: 2/1

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Başhemşire	Kalite Koordinatörü	Başhekim