



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

DİŞ ÇEKTİRME İSTEĞİ FORMU

Kod:HD.FR.23

Yayın Tarihi:15.12.2020

Revizyon No:1

Revizyon Tarih:21.10.2021

S.N:1/1

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ağız Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi
..... Protokol numaralı hastası, .../.../20... tarihinde,
saat arasındakliniklerinizde Nolu
diş/dişlerimle ilgili gerekli tedavi ve süreci anlatılmıştır. Önerilen tedaviyi ve sürecini kendi isteğimle
reddediyorum, diğer bir tedavi seçeneği olan diş çekimini kendi isteğimle kabul ediyorum.

Diş çekimi sonrasında oluşabilecek problemler, ilgili hekim tarafından bana açıklandı bu durumları
kabul ediyorum ve tüm sorumluluğu üstleniyorum.

Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları: Hastane Tel: (0 274) 230 00 56 - (0 274)
230 00 57 (0 274) 265 22 69 Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için
ilgili bölümle iletişime geçebilirsiniz.

	Adı Soyadı	İmza	Tarih ve Saat
Hasta/Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlığı			/...../20.... :
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim			/...../20.... :
Tercüman (Kullanılması Halinde)			/...../20.... :

İşlem Yapılacak Bölge:	
55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11	61 62 63 64 65 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

NOTLAR:

Acil Durum Varlığında Temasa Geçilecek Kişi:

Telefon: