T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kütahya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

# PROTEZ ÖLÇÜ MODELLERİ TRANSFER FORMU

Kod: PL.FR.09 | Yayın Tarihi:06.12.2017 | Revizyon No:00 | Revizyon Tarihi:-- | S.N:1/1

**TARİH: ……./……./201…..**

| HASTANIN ADI/SOYADI | HASTAYA YAPILAN İŞ | İŞ SAFHASI | Dt/POLK. ADI | TESLİM EDENİN | | TESLİM ALANIN | | GÖREVLİ TEKNİSYENİN | | LAB.SOR. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ADI SOYADI | İMZA | ADI SOYADI | İMZA | ADI SOYADI | İMZA | ADI SOYADI | İMZA |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |