

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| T.C. Numarası |  |  |
| Hastanın Adı-Soyadı |  |
| Hekim Adı-Soyadı |  |
| Protezin Cinsi |  |
| İşin teslim edildiği tarih |  |
| Kayıp Nedeni(Açık bir şekilde belirtilmelidir.) |  |
| Yukarıda verilen ve nedeni açıkça belirtilen sebeple bu tutanak tarafımdan tutulmuştur.……./……/……… Hekim Kaşe-İmza |

* *Bu tutanak her ay sonu ilgili birime teslim edilecektir.*