

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HASTANIN** | **Adı Soyadı:** |  |  |
| **T.C. No :** |  |
| **Gsm:** |  |
| **Adres:** |  |
|  |
| **Y A P I L A N İ Ş L E M L E R** |
| İSKELET (BÖLÜMLÜ) | TOTAL ( ) | İMPLANT | KRON SERAMİK |
| ALT | ÜST | ALT | ÜST | SABİT | HAREKETLİ | ÜYE SAYISI |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| Ölçünün Alındığı Tarih /Saat |  |  |
| Ölçünün Laboratuvara Kabul Edildiği Tarih ve Saat |  |  |
| Protezin Teslim Edildiği Tarih ve Saat |  |  |
| Model Oluşturulması İşlemi Başladığı Tarih ve Saat |  |  |
| Protez Uygulayan Hekim Adı Soyadı Unvanı |  |  |
| Protez Teslim Tarihi ve Saat |  |  |
|  |
| **TESLİM EDEN** | **TESLİM ALAN** |
| Adı Soyadı |  | Protezimi Teslim Aldım,Protez Kullanımı ile ilgili eğitim aldım |
| Unvanı |  | Adı Soyadı |  |
| İmza /Kaşe |  | İmza |  |