

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	ORTODONTİ UZMANLIK TEZ ÇALIŞMASI HASTA GÖNÜLLÜ İMZA FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.144	Yayın tarihi 21.09.2018	Revizyon No 1	Revizyon tarihi 30.05.2024	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1

**S.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ORTODONTİ ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA**

Ben T.C. Nolu hasta... 'ın Tez çalışması için uygun şartlara sahip olup olmadığının tespiti için ortodonti kliniğinde randevu sürem gelmemiş olmasına rağmen aradan muayenem yapılması için alındım. Son ortodontik muayeneden sonra tez çalışmanız için uygun olup olmadığımı tespit edilecek olup, uygun olmamam durumunda normal sıramın korunarak ve sıramın geldiğinde tedavimin gerçekleşeceğini bilmekteyim.

Bilginize.

NOT:

Evet

Hayır

Hasta kriterlere uygundur.

.....

.....

Tez çalışması hastası olmayı kabul etti.

KATILIMCI

Adı/Soyadı:

VELİSİ/YASAL SORUMLUSU

Tarih:

Adı/Soyadı:

İmza:

Tarih:

İmza:

KATILIMCI İLE GÖRÜŞEN HEKİM

Adı/Soyadı/Unvan:

Adres: S.Ü Diş Hek. Fak. Ortodonti

ABDTel No:

İmza: