

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	PROTEZ VE HASTA TAKİP FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu DP.FR.183	Yayın tarihi 25.03.2021	Revizyon No 1	Revizyon tarihi 30.05.2024	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

No:..... Tarih:/...../202....



SABİT PROTEZ



TAMİR

Yukarıda işaretli olanKron / Protezin yapılmasını rica ederim.

1.Ölçü:

2.Ölçü:

Diş Rengi:

Teknisyen Adı:

Kapanış(Metal Prova)Tarihi:

Açıklama:

.....

BARKOD

Teslim Tarihi:...../...../202...

TESLİM EDEN

Diş Hekimi

Kaşe/ İmza

Sayın Diş Hekimi; Bu işi ikinci defa gönderirken yeni makbuz ile birlikte bu makbuzu da gönderiniz.

TESLİM ALAN

Hasta

İmza/ Telefon

TESLİM EDEN

Firma Yetkilisi

Kaşe/ İmza