

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	KONSÜLTASYON İSTEK FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HB.FR.93	Yayın tarihi 07.12.2017	Revizyon No 1	Revizyon tarihi 23.05.2024	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1

Tarih:...../...../20.....

Dosya No:

Hasta Adı Soyadı:

Hasta TC No:

Konsültasyon İsteyen Klinik:

Konsültasyon İstenen Bölüm:

**Konsültasyon İsteyen Hekim
Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza**

Hastanın Durumu:

Konsültasyon Sonuç:

**Konsülte Eden Hekim
Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza**