



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ORTODONTİK TEDAVİ AYDINLATMA VE ONAM FORMU

Doküman Kodu
HHD.RB.13

Yayın Tarihi
25.12.2024

Revizyon Tarihi

Revizyon No
00

Sayfa Sayısı
1 / 1

Tıbbi Durum (Teşhis-Tedavi)

Klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonucunda belirlediğimiz ortodontik probleminiz aşağıda yer almaktadır.

.....
.....

....Uygulanacak Tedavi ve Komplikasyonlar

.....
.....

(Yasal yeterliliği olmayan hastalar için hastanın velisi / yasal vasisi tarafından doldurulacaktır.)*
Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz).

Hastanın Adı- Soyadı:.....

TC. Kimlik No'su :

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

Saat:/.....

İmzası:

Hasta Velisinin/Vasisinin Adı-Soyadı:.....

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

Saat:/.....

İmzası:

T.C. Kimlik No'su :

Adresi:.....

.....

Telefon :

Hekimin Adı- Soyadı:.....

Tarih:

İmzası: