

	PROTEZ MÜSTEHAKLİK FORMU			
Doküman Kod: HHD.FR.10	Yayın Tarihi: 25.12.2024	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Sayfa: 1

Sağlık tesisinin adı:
Hasta ad ve soyadı:
Sicil No (Emekli ise Tahsis No):
Vatandaşlık No:
Belge düzenleme tarihi:
Protokol No: (Hasta Kayıt Barkodu Yapıştırılabilir.)

YAPILACAK AĞIZ PROTEZ TÜRÜ

TAM PROTEZ

Tam Protez (Akrilik) SUT Kod: 404.010

Tam Protez (Metal Kaideli) SUT Kod:404.030

() Alt Çene

() Alt Çene

() Üst Çene

() Üst Çene

BÖLÜMLÜ PROTEZ

Bölümlü Protez (Akrilik) SUT Kod: 404.020 Bölümlü Protez (Metal Kaideli) SUT Kod:404.040

() Alt Çene

() Alt Çene

() Üst Çene

() Üst Çene

KRON-KÖPRÜ PROTEZİ

() Veneer Kron (Akrilik) SUT Kod:404.180

() Veneer Kron (Seramik) SUT Kod:404.181

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

Yazı ile (.....) Adet Kron- Köprü

Diş Hekimi

Adı -Soyadı-Diploma No

İmza Kaşe

Hasta / Kanuni Temsilcisi Adı Soyadı :

