

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	ENDODONTİ ANABİLİM DALI KONSÜLTASYON İSTEK FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.237	Yayın tarihi 04.09.2026	Revizyon No 0	Revizyon tarihi -	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1

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

Dosya No:

Hasta Adı Soyadı:

Hasta TC No:

Konsültasyon İsteyen Klinik:

Konsültasyon İstenen Bölüm:

Hastadan alınan anamnez sonucunda
.....

olduğu öğrenilmiştir .Hastaya lokal anestezi altında (artikain+epinefrin) minör cerrahi işlemi (kanal tedavisi)planlanmaktadır. Durumun tarafınızca değerlendirilmesi rica olunur.

Konsültasyon İsteyen Hekim
Adı Soyadı/ Kaşe/ İmza

Konsültasyon Sonuç:

