



**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  
**Diş Hekimliği Fakültesi**  
**Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  
**Periodontoloji Konsültasyon Formu**

Doküman No.	SHB. FR.26-1
Yayın Tarihi	22.05.2019
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No.	-
Sayfa No.	1/1

**Hastanın Adı Soyadı:**

**İstem Tarihi:**

**İstem Yapan Diş Hekimi**

**Konsültasyon İstenen Bölüm:**

**Kaşe ve İmza:**

**Konsültasyon Nedeni:**Değerli meslektaşım. Hastadan alınan anamnez sonucunda,

Hastaya adrenalini lokal anestezi (Ultracaine DS Forte) kullanarak, bakteriyemiye sebep olan, kanamalı periodontal cerrahi tedavi yapılması planlanmaktadır.

Hastanın hazırlanan tedavi planına uygun olup olmadığının tarafınızdan değerlendirilmesini ve işlemin hangi şartlar altında yapılabileceğinin belirtilmesini saygılarımla rica ederim.

**Konsültasyon sonucu:**

**Konsültan Hekim Bilgileri:**

**Adı ve Soyadı:**

**Kaşe ve İmza:**