|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**    **BESLEME/TAMİR/DİŞ EKLEME/KROŞE TAMİRİ RAPOR FORMU** | Doküman No. | SPL.FR.17 |
| Yayın Tarihi | 18.01.2021 |
| Revizyon Tarihi | 05.11.2021 |
| Revizyon No. | 1 |
| Sayfa No. | 1 |
| **Sayı: Konu: Protez Yapımı Hastanın Adı Soyadı: TC:  RAPOR**   ……………………………………………. adlı hastaya ........ Besleme/Tamir/Diş Ekleme/kroşe Tamiri işlemi Protetik Diş Tedavisi kliniğinde yapılmıştır. Fakültemizde diş teknisyeni bulunmadığından bu işlemler yapılamamaktadır.  Durumu bildirir rapordur. | | |
| **Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanı** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**    **BESLEME /TAMİR/DİŞ EKLEME/KROŞE TAMİRİ RAPOR FORMU** | Doküman No. | SPL.FR.17 |
| Yayın Tarihi | 18.01.2021 |
| Revizyon Tarihi | 05.11.2021 |
| Revizyon No. | 1 |
| Sayfa No. | 1 |
| **Sayı: Konu: Protez Yapımı Hastanın Adı Soyadı: TC:  RAPOR**   ……………………………………………. adlı hastaya ........ Besleme/Tamir/Diş Ekleme/kroşe Tamiri işlemi Protetik Diş Tedavisi kliniğinde yapılmıştır. Fakültemizde diş teknisyeni bulunmadığından bu işlemler yapılamamaktadır.  Durumu bildirir rapordur. | | |
| **Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanı** | | |