|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi****Sağlık Kurulu Raporu** | Doküman No. |  HHD.FR.03 |
| Yayın Tarihi |  05.04.2023 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No. | 00 |
| Sayfa No. | 1/1 |

…………………………..T.C. numaralı ……………………………..isimli hastanın ………………………….diş bölgelerine …… adet implant yapılması gereklidir. Hastanın ……………………… nedeni ile SGK uygulama tebliğinde belirtilen implant uygulama endikasyonlarına dahil olduğu teşhis edilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Adı Soyadı Adı Soyadı

Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD. Başkanı Ağız Diş ve Çene Cerrahisi AD.

 (Başkan) (Üye)

 Adı Soyadı Adı Soyadı

 Periodontoloji AD. Başkanı Protetik Diş Tedavisi AD. Başkanı

(Üye) (Üye)