|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Hasta Bilgilendirme Formu** | Doküman No. | SPL.FR.06 |
| Yayın Tarihi | 06.01.2020 |
| Revizyon Tarihi | 05.11.2021 |
| Revizyon No. | 1 |
| Sayfa No. | 1 |

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde fiziki ve teknik eleman yetersizlikleri dolayısıyla protez işlemlerinin fakültede yapılamaması nedeni ile ağız protezi laboratuvar işlemlerimi özel hizmet sunan diş laboratuvarlarından birinde, adıma düzenlenecek fatura karşılığında ücretini kendim ödemek, sonrasında adıma düzenlenen fatura ile ilgili kurumuma(SGK vb) başvurmak kaydıyla yaptırmayı kendi rızamla kabul ediyorum. Aynı işlemleri, Alanya ilçesinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ağız Diş Sağlığı Merkezleri’nde diş protez laboratuvarlarına ücret ödemeksizin yaptırabileceğim konusunda bilgilendirildim.

Hastanın Adı ve Soyadı:

Hastanın Yasal Temsilcisi:\*

Adresi:

T.C. Kimlik Numarası:

Telefon Numarası:

Tarih:

İmza:

\*Yasal temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır. Hasta yakınının ismi yanında yakınlık derecesini belirtiniz”.

Hekim Adı Soyadı

Tarih:

İmza