…/…./20…

Merkezimize tedavi amaçlı gelen ve aşağıda bilgileri olan hastanın, kurumunuzda genel anestezi- sedasyon eşliğinde diş tedavileri yapılacağından dolayı; gerekli tetkik ve değerlendirmelerin tarafınızca yapılarak merkezimize bilgi verilmesi rica olunur.

Not: Hasta tetkik sonuçlarının ameliyat dosyasına konulacağından dolayı kendisine verilmesi gerekmektedir.

**HASTA BİLGİLERİ**

Adı- Soyadı:

Baba Adı:

Doğum Yeri ve Tarihi:

T.C. Kimlik No:

Tel:

Adres:

 Sevk Eden Diş Hekimi

 Kaşe/İmza