|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| aibu_dis_logo | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  **DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  KONSÜLTASYON FORMU (Genel Anestezi Hastaları İçin) | | | birincilogo_3559696 |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO |
| SHB.FR.08 | 22/03/2018 | 1 | 05.08.2022 | 1/1 |

|  |
| --- |
| ''Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ile .................................................................................................. arasında Mal ve Hizmet Alım Protokolü'' kapsamında ............................................ TC kimlik numaralı ................................................................................ isimli hastaya sedasyon/genel anestezi altında dental tedavi/operasyon yapılması planlanmaktadır.  Hastanın sedasyon/genel anestezi altında tedavilerinin yapılabilmesi açısından uygunluğunun tarafınızca değerlendirilmesini arz/rica ederim.  Not:  Doktor Adı-Soyadı: |
|  |