|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 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: |
|  |