|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hastanın Adı Soyadı:** | |  |  | | --- | --- | | **PROTEZ UYGULANAN DİŞLER** | | | **SAĞ ÜST ÇENE** | **SOL ÜST ÇENE** | | 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 | | 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 | | **SAĞ ALT ÇENE** | **SOL ALT ÇENE** | |
| **TC Kimlik No:** |
| **Hekimin Adı Soyadı:** |
| **Stajyer Hekimin Adı Soyadı:** |
| **Protezin Cinsi/ Adedi:** | |
| **Gecikme ( ) RPT ( ) Kayıp ( )** | |
| **Nedeni:**      (Açıklayıcı bir şekilde belirtilmelidir.) | |
| Yukarıda verilen ve nedeni açıkça belirtilen sebeple bu tutanak tarafımdan tutulmuştur. ....../...../........  Hekim İmza-Kaşe | |