|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |