

DİŞ TEDAVİ BAŞVURU FORMU

Kurum Tipi	<input type="checkbox"/> Anlaşmalı	<input type="checkbox"/> Anlaşmasız		
Kurum / Klinik Adı		Şube Adı		
Üyenin Adı Soyadı				
Üyenin TC Kimlik No				
Hastanın Adı Soyadı				
Hasta TC Kimlik No				
<input type="checkbox"/> Kendisi	<input type="checkbox"/> Eşi	<input type="checkbox"/> Çocuğu	<input type="checkbox"/> Anne	<input type="checkbox"/> Baba
TEDAVİ PLANLAMA BÖLÜMÜ (Diş hekimi tarafından doldurulacak)				
İşlem yapılacak Diş numarası ve yapılacak işlem adı (İşlem TDB Adı)				

Tarih			Hekim Kaşe ve İmza
Hekim	Adı Soyadı		
	Diploma No		
Diş Hekimi ve Klinik İletişim Bilgisi	Tel		
	Faks		
	Mail		
Bu form tedaviyi yapacak hekim tarafından doldurulup, imzalandıktan sonra aşağıdaki mail adresine gönderilmelidir.			
Diş Provizyon Servisi	disprovizyon@aksandik.org	0 212 213 68 57 (148 - 209)	