

## DİŞ TEDAVİSİ BİTİŞ RAPORU

KURUM ADI	TARİH
HASTA ADI SOYADI	
TC KİMLİK NO	
DOĞUM TARİHİ	
UYGULANAN TEDAVİLER VE ÜCRETLERİ	
1. AŞAMA	
2. AŞAMA	
3. AŞAMA	
BELİRTTİĞİM TEDAVİLERİ UYGULADIĞIMI KABUL EDİYORUM.	
HEKİM ADI SOYADI	
DİPL. NO	
TARİH	
İMZA/ KAŞE	
YUKARIDA HEKİMİMİN BELİRTTİĞİ HİZMETLERİ ALDIĞIMI KABUL EDİYORUM.	
HASTA AD SOYAD	
TARİH/İMZA	