



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŐ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
HASTA KONTROL ÇAĐRI FORMU

Doküman
Kodu:HB.FR.02

Yayın
Tarihi:21/09/2017

Revizyon
Numarası:1

RevizyonTarihi:12/05
/2023

SayfaNo/SayfaSayısı:1/2

...../...../20....

İLGİLİ MAKAMA

Hasta Adı-Soyadı:

Dosya No:

Hastanemizpoliklinik/kliniĐinde/...../.....
tarihinde ayaktan/yataraktanısı ile tetkik
ve tedavisi yapılan hastanın/...../20.....tarihinde kontrole gelmesi uygundur.

HAZIRLAYAN(../.../...)	KONTROL EDEN(../.../...)	ONAYLAYAN(../.../...)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan

Onay-İmza

HAZIRLAYAN(.../.../....)	KONTROL EDEN(.../.../....)	ONAYLAYAN(.../.../....)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan