



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ A.B.D. ÜCRET KABUL FORMU

Doküman Kodu: HD.RB.23	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:28/04/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	---------------------------

PROTOKOL NO:

Sağlık uygulama tebliğinde ödeme bulunmayan ;

- Diş Beyazlatma
- Seramik İnlay/Onlay dolgu/ Lamina veneer
- Diastema kapatılması
- Fiber post/Fiber destekli kompozit uygulaması
- Anterior kırık diş tamiri
- Kompozit Lamina (Nitelikli materyaller ile)
- Lazerle diş eti estetiği
- Lazerle frenektomi bu maddele

Kliniğimizde gerektiğinde indirekt restoratif tedaviler de yapılmaktadır. Yapılacak restoratif tedavinin ağız protezi laboratuvar işlemlerini özel hizmet sunan diş laboratuvarlarından birinde, adıma düzenlenecek fatura karşılığında ücretini ödemeyi kendi rızamla kabul ediyorum. Tedavi tamamlandıktan sonra ortaya çıkacak memnuniyetsizlik, yapılan tedavinin tekrarını gerektirir. Bu durumdan tedaviyi gerçekleştiren hekim sorumlu değildir. Yeni yapılacak restorasyonun mali sorumluluğu hastaya aittir.

Yapılan işlemi ve laboratuvar / malzeme ücretini karşılayacağımı ve sosyal güvenlik kurumundan talep edemeyeceğimi kabul ediyorum. Yukarıda yazılanların hepsini okuduğumu ve anladığımı tüm yapılacak olan işlemlerle ilgili bilgilendirildiğimi ve bütün sorularımın cevaplandırıldığını onaylarım.

Hastanın Adı Soyadı:

İmzası:

Bilgilendirmeyi yapan hekimin;

Adı Soyadı:

İmzası:

Hasta ve hastanın yasal temsilcisi*-

Yakınlık Derecesi

Adı Soyadı:

İmzası:

TARİH: / /

Görüşme tanığının;

Adı Soyadı:

İmzası:

Saat:.....



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ A.B.D. ÜCRET KABUL FORMU

Doküman Kodu: HD.RB.23	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:28/04/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	---------------------------

* **Yasal Temsilci:** Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır.(Hasta yakınının isminin yanındayakınlık derecesini belirtiniz.