

Sabit ve Hareketli Protezler için Renk, Form, Boyut Uyumu Taahhütnamesi

Hasta Adı/Soyadı :

Protokol No :

Doğum Tarihi :

Cinsiyet : ☐ K ☐ E

..... / / tarihinde simante/teslim edilen protezlerim,
..... / / tarihindeki prova aşamasında beğendiğim protezlerin aynısıdır.

Protez teslimi sonrası dikkat edilecek kurallar ile ilgili bilgilendirildim.

Hastanın

(HASTANIN BİLİNCİ AÇIK ve 15 YAŞ ÜZERİNDE İSE)

Adı-Soyadı :

İmza :

Adres :

veya Hastanın Yasal Temsilcisinin*

*(HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VEYA 18 YAŞ ALTINDA İSE
VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE)*

Adı-Soyadı / Yakınlık Derecesi :

İmza :

Şahit**

Adı Soyadı :

Tarih / Saat :

İmza :

Hekimin

Adı Soyadı :

Tarih / Saat :

Kaşe / İmza :

*** Yasal Temsilci:** Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılar.

**** Şahit:** Hukuken sorumlu kişi adına tanıklık yapma vasıflarına sahip bir ikinci kişi.

NOT: Yasal temsilci onay verdiği zaman nedenini lütfen belirtiniz.