



## ORTODONTİK TEDAVİYİ DİĞER DİŞ TEDAVİ UYGULAMALARI İLE TAMAMLAMAK İÇİN SONLANDIRMA ONAM FORMU

Tedavinin yapılması için verdiğim onamı, .....

..... gibi nedenlerden dolayı, diğer diş tedavilerini yapacak olan doktorumun da görüşünü alarak ve doktorumun önerilerini kabul ederek, ortodontik tedavimi yapan doktorum tarafından bana anlatılan, bu durumda oluşacak riskleri de anlayarak ve kabul ederek, kendi isteğimle geri çekiyorum. Tedavimin sonlandırılması ile ilgili tüm sorumluluk bana aittir

Hastanın Adı – Soyadı :

Hastanın Ebeveyn/Velisinin Adı – Soyadı :

.....  
(Yasal yeterliliği olmayan hastalar için hastanın velisi / yasal vasisi tarafından doldurulacaktır.)

T.C Numarası .....

T.C Numarası .....

Tarih : ...../...../.....

Yakınlığı .....

İmzası.....

Tarih : ...../...../.....

İmzası :.....

Katılımcı ile Görüşen Doktorun:

Adı Soyadı :.....

Adresi /Tel:.....

İmza :

Ortodontik Tedavi Dışındaki Diş Tedavilerini Yapacak Olan Doktorun:

Adı Soyadı :.....

Adresi /Tel:.....

TC Kimlik No : .....

İmzası :



**BU ONAM TEK SAYFA VE İKİ NÜSHA OLARAK HAZIRLANMIŞ VE BİR NÜSHASI HASTAYA VERİLMİŐTİR.**