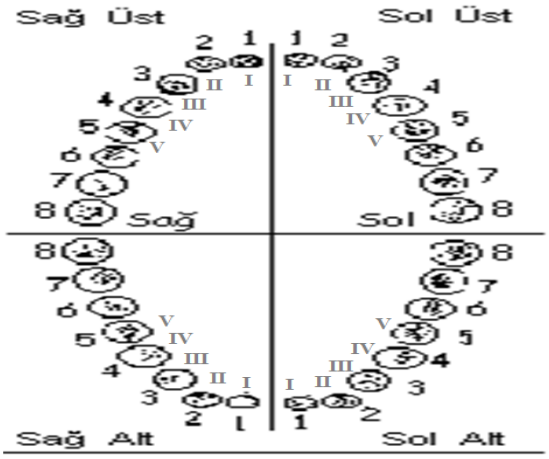
| | | | |
|---|---|---|---|
| | **T.C.**<br>**D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ**<br>**AMELİYAT RAPOR FORMU** | **Doküman No** | AH.FR.01 |
| | | **Yürürlüğe Gir.Tar.** | 01.02.2023 |
| | | **Revizyon No** | 00 |
| | | **Revizyon Tarihi** | -- |
| | | **Sayfa No** | Sayfa 1/1 |

| | | |
|---|---|---|
| **HASTA BİLGİLERİ (BARKOD YAPIŞTIRILACAK)** | **PROTOKOL NO:** | |
| | **AMELİYAT NO:** | |
| | **AMELİYAT TARİHİ:** | |
| **ANESTEZİ TİPİ** | ☐ **Sedasyon** ☐ **Genel** ☐ **Lokal**<br>☐ **Yüzeyel** ☐ **Derin** | |
| **ANESTEZİ UZMANI** | | |
| **AMELİYAT EKİBİ** | | |
| **DİŞ HEKİMİ** | | **İMZA** |

**ŞİKAYETİ:**

**AĞIZ VE DİŞ MUAYENESİ:**

**TANI:**




**AMELİYAT NOTU:**