

DİŞ TEDAVİ KONTROL FORMU

Kurum / Klinik Adı		Şube Adı	
Üyenin Adı Soyadı			
Üyenin TC Kimlik No			
Hastanın Adı Soyadı			
Hasta TC Kimlik No			
<input type="checkbox"/> Kendisi	<input type="checkbox"/> Eşi	<input type="checkbox"/> Çocuğu	<input type="checkbox"/> Anne
	<input type="checkbox"/> Baba		
TEDAVİ PLANLAMA BÖLÜMÜ (Diş hekimi tarafından doldurulmalıdır)			
İşlem adı, diş numarası ve bölge adı			

Tarih			Hekim Kaşe ve İmza
Hekim	Adı Soyadı		
	Diploma No		
Diş Hekimi ve Klinik İletişim Bilgisi	Tel		
	Faks		
	Mail		
Bu form tedaviyi yapacak hekim tarafından doldurulup, imzalandıktan sonra faturayla birlikte Sandığa gönderilmelidir.			
Diş Ödeme Servisi	disprovizyon@aksandik.org	0 212 213 68 57 (148)	