|  |  |
| --- | --- |
| **Hastanın Adı Soyadı:****İstemi Yapan Diş Hekimi:****Kaşe ve İmza:** | **İstem Tarihi:****Konsültasyon İstenen Bölüm:** |
| **Konsültasyon Nedeni:** Değerli meslektaşım. Hastadan alınan anamnez sonucunda;Hastaya adrenalinli local anestezi (Ultracaine DS Forte) kullanılarak, bakteriyemiye sebep olan, kanamalı periodontal cerrahi tedavisi planlanmaktadır.Hastanın hazırlanan tedavi planına uygun olup olmadığının tarafınızdan değerlendirilmesini ve işlemin hangi şartlar altında yapılabileceğinin belirtilmesini saygılarımla rica ederim. |
| **Konsültasyon Sonucu:** |
| **Konsültan Hekim Bilgileri:****ADI VE SOYADI:** |
| **KAŞE VE İMZA :** |