

TÜRK ORTODONTİ DERNEĞİ



**ORTODONTİK TEDAVİSİNİ YARIM BIRAKAN HASTALAR İÇİN BEYAN VE İMZA
FORMU**

Elle yazılacak olan ifade:

TEDAVİNİN YAPILMASI İÇİN VERDİĞİM RIZAYI, SAĞLIĞIMI OLUMSUZ ETKİLEYECEK
RİSKLERİN FARKINDA OLARAK, KENDİ İSTEĞİMLE GERİ ÇEKİYORUM.

Tarih: ___/___/___

Ortodontik tedaviyi yürüten Ortodontist;

Dr. _____

İmza: _____

Tedavi gören kişi veya yasal temsilcisi;

Adı, Soyadı: _____

İmza: _____