



GİRESUN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA  
MERKEZİ HASTANESİ



Konik Işınlı Bilgisayarlı Tomografi İstek Formu

Hastanın;

Adı Soyadı :

Yaşı :

Cinsiyeti :

Tarih :

Tomografi İstek Nedeni:

HEKİM

KAŞE – İMZA

NOT: Hastanın bu formla birlikte kurumumuza başvurması gerekmektedir.