|  |
| --- |
|  **GAZİ ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ****ORTODONTİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA** Ana Bilim Dalınızda ………………………………………………….. tarihinde başlanan ve Dt…………………………………………………………………… tarafından yürütülmekte olan ortodontik tedavimi kendi isteğimle bırakıyorum. Ortodontik tedavi için öngörülen süreyi tamamlamadan tedaviyi yarım bırakmam nedeniyle ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında **bilgilendirildim,** verilen bilgiyi **anladım,** tedaviyi yarım bırakmamla ilgili çıkabilecek tüm sorunları **kabul ediyorum**. Bu tarihten sonra Ana Bilim Dalınız kliniğinde herhangi bir ortodontik tedavi uygulaması için başvurma hakkımın olmadığını **biliyor ve kabul ediyorum.** Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.**TARİH :****HASTANIN ADI SOYADI :** **VELİSİNİN ADI SOYADI :**  **İMZA :** |