|  |
| --- |
|  Kliniğimizde tedavi olmak isteyen...............................................................................................’ın tedavi planlaması bölüm vaka raporu onayı gereği ortognatik cerrahi ve ortodontik tedavi kombinasyonu ile olacağı yolundadır. Tedavi esnasında cerrahi müdahale ile birlikte uygulanacak ortodontik tedaviyi kabul edip etmemeniz sizin kararınıza bağlıdır. Kabul etmemeniz durumunda ortodontik tedavi ile ideal diş kapanış ilişkisinin sağlanamayabileceği, elde edilecek durumun kalıcı olamayabileceğini göz önünde bulundurarak kararınızı vermeniz uygun olacaktır. Kabul onayı kutucuğunu işaretleyip lütfen imzalayınız. Kabul ediyorum.  Kabul etmiyorum.Hastanın Adı-Soyadı : ..............................................................................Tarih :......./......./20....İmza :Velinin Adı-Soyadı : ...............................................................................Tarih :...../......./20....İmza:Doktorun Adı-Soyadı : |