**İlgili Makama**

Fakültemiz …………………………….. Ana Bilim Dalı Başkanlığı Kliniğine …….. protokol numarası ile başvuran hasta …………………………………..’ya yapılan radyolojik ve klinik muayeneleri sonucunda, ……………………………………………………………………………………………………………………… nedeniyle ………………….. …… nolu dişlerine ………adet, kemik içi implant yerleştirilmesine gerek olduğuna karar verilmiştir. Tedavi planlama şeması aşağıdaki gibidir.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederiz.

Sağ Üst Sol Üst

 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27

|  |
| --- |
|  |

 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37

Sağ Alt Sol Alt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Üye**  | **Üye** | **Üye**  |