

	Doküman Adı / Document Name		
	GÜLHANE MEDİKAL TASARIM VE ÜRETİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ İŞ İSTEK FORMU GÜLHANE MEDİKAL TASARIM VE ÜRETİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ WORK REQUEST FORM		
	Doküman Numarası Document No	Revizyon Tarihi ve Numarası Revision Date and Number	Yayın Tarihi Release Dates
	FR.15.01	02.01.2025/ 09	20.06.2011

İŞ İSTEK TARİHİ/WORK REQUEST DATE		
İŞ İSTEK AMACI WORK REQUEST PURPOSE		☐ MEDİKAL AMAÇLI/ MEDICAL PURPOSE ☐ ENDÜSTRİYEL AMAÇLI/ INDUSTRIAL PURPOSE
İHTİYAÇ TANIMLAMA BİLGİLERİ/ NEED IDENTIFICATION INFORMATION		
İHTİYACIN ADI NAME OF THE NEED		
İHTİYACIN AMACI VE KULLANIM YERİ PURPOSE AND PLACE OF USE		
İHTİYACA AİT DİJİTAL VERİ NEED-BASED DIGITAL DATA (Dijital verinin tıbbi görüntü verisi (DICOM) olması durumunda tasarımın sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için görüntü kesit kalınlığının kranial ihtiyaçlar için en fazla 0.5 mm, alt ekstremitte ihtiyaçları için en fazla 1 mm olması gerekmektedir. Defekt bölgesini arka sayfadaki anatomik görsel üzerinden işaretleyiniz) (If the digital data is medical image data (DICOM), the image section thickness should be maximum 0.5 mm for cranial needs and maximum 1 mm for lower extremity needs in order to ensure a healthy design. Mark the defect area on the anatomical image on the back page)		
HASTA ADI/ PATIENT NAME (Sadece medikal amaçlı ihtiyaçlar için doldurulmalıdır/ To be filled for medical needs only)		
HASTA KİMLİK NUMARASI/ PATIENT ID NUMBER (Sadece medikal amaçlı ihtiyaçlar için doldurulmalıdır/ To be filled for medical needs only)		
İHTİYACI BİLDİREN KİŞİYE AİT ÖNEMLİ BİLGİLER/ IMPORTANT INFORMATION FOR THE PERSON REPORTING THE NEED		
ADI SOYADI/ NAME SURNAME		
TELEFON NO/ PHONE NO		
E-POSTA/ EMAIL		
DİPLOMA TESCİL NUMARASI DIPLOMA REGISTRATION NUMBER		
SGK TESİS KODU/ SOCIAL SECURITY INSTITUTION CODE		
ONAY/ APPROVAL		
NOT: İHTİYAÇ MEDİKAL AMAÇLI OLDUĞUNDA TIP DOKTORU TARAFINDAN ONAYLANMALIDIR. NOTE: WHEN THE NEED IS FOR MEDICAL PURPOSES, IT MUST BE APPROVED BY A MEDICAL DOCTOR.		
İHTİYACI BİLDİREN/ NEED NOTIFIED BY		İHTİYACI ONAYLAYAN/ APPROVED BY
İmza Kaşe/ Signature Stamp		İmza Kaşe/ Signature Stamp
BU KISIM GÜLHANE MEDİKAL TASARIM VE ÜRETİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR. THIS SECTION WILL BE FILLED BY GÜLHANE MEDİKAL TASARIM VE ÜRETİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ		
METÜM ONAYI/ METÜM APPROVAL		İŞ İSTEK NO/BARKOD NO/ WORK REQUEST NO/BARCODE NO
İmza Kaşe/ Signature Stamp		



Doküman Adı / Document Name

GÜLHANE MEDİKAL TASARIM VE ÜRETİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ İŞ İSTEK FORMU
GÜLHANE MEDİKAL TASARIM VE ÜRETİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ WORK REQUEST FORM

Doküman Numarası
Document No

FR.15.01

Revizyon Tarihi ve Numarası
Revision Date and Number

02.01.2025/ 09

Yayın Tarihi
Release Dates

20.06.2011

ARKA

ÖN

SOL

SAĞ

SAĞ

SOL

