



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Doküman Kodu: HB.FR.11
Yayın Tarihi : 22/07/2016
Revizyon Tarihi:
Revizyon No : 00

KONSÜLTASYON TALEP FORMU

HASTANIN

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Yaşı :

Cinsiyeti :

Tanı :

Kons. Talep Edilen Birim :

KONSÜLTASYON TALEP NEDENİ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

...../...../.....
Talep Eden Hekim

DEĞERLENDİRME VE KONSÜLTASYON SONUCU

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

...../...../.....
Konsülte Eden Hekim