

RS 10 HASTA SEVK FORMU

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
.....İli Kamu Hastaneleri Birliği
..... Hastanesi

Sayı:

Tarih:/...../20.....

Konu:

.....HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

...../...../20..... tarihinde hastanemize başvuran, aşağıda açık kimliği, tanısı ve sevk nedeni belirtilen hastanın, hastanenize sevki zorunlu görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Müdavi Hekim

Başhekim Onayı

HASTANIN :

Adı Soyadı : Cinsiyeti : Kadın Erkek

T.C. Kimlik No.: Sosyal Güvence :

Protokol No : Tanı Kodu:

Yatarak Tedavi Gördüğü Süre : Sevk Nedeni:

GEREKTİĞİNDE HABERLEŞİLECEK HASTA YAKINLARI:

I. Adı Soyadı: Yakınlık Derecesi :

Adres: Telefon No:

II. Adı Soyadı: Yakınlık Derecesi :

Adres: Telefon No:

Sevk Şekli (Refakatli, Polis, Sağlık Personeli, Ambulans v.b.)

Acil Müdahalede Uygulanan Tedavi/Doz: (İlaç Dozu ve Uygulama Saatlerini Yazınız)

Sevk Sırasında Önerilen Tıbbi Müdahaleler: