

# SAĞLIK KURULU RAPORU KONSÜLTASYON FORMU

I	<b><u>BASVURU SAHİBİNİN</u></b>	FOTOĞRAF
	Adı Soyadı :	
	Baba Adı :	
	Doğum Tarihi :	
	Cinsiyeti :	
	Doğum Tarihi :	
	Telefon Numarası :	
	Adres :	
Rapor İstek Nedeni :		

II	<b><u>KONSÜLTASYON İSTEYEN</u></b>
	Sağlık Hizmet Sunucusu :
	Poliklinik/Branş :
	Hekim :
	İstem Tarih/Saat :
Konsültasyon No :	

III	<b><u>KONSÜLTASYON İSTENEN</u></b>
	Sağlık Hizmet Sunucusu :
	Poliklinik/Branş :
Konsültasyon Tarih/Saat :	

IV	<b><u>KONSÜLTASYON NEDENİ:</u></b>
	Değerli meslektaşım. Hastadan alınan anamnez ve muayene bulguları sonucunda.....

V	<b><u>KONSÜLTASYON SONUCU:</u></b>

**Konsültasyon İsteyen**  
Hekim Adı Soyadı  
DİPLOMA NO  
BRANŞ

**Konsültan**  
Hekim Adı Soyadı  
DİPLOMA NO  
BRANŞ