

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SHB.FR.30	01.01.2017	----	0	1 / 1

FORMU DÜZENLEYEN SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSU

Sevk Tarihi: .../.../20 .

Sevki yapan birim:

Genel sağlık sigortalısının Adı Soyadı:.....

T.C.Kimlik No:.....

Hastanın Adı Soyadı :

T.C.Kimlik No:.....

Hastanın Doğum Yeri / Tarihi :

Dosya No :

Protokol No:.....

Tanı : ;

Sevk gerekçesi (*) :

Sevk Edildiği Branş.....

Gideceği Şehir :

Sevk Vasıtası :

Refakatçi gerekçesi (**):

Sevk Eden Hekim:

Kaşe (****)

İmza

MÜRACAAT EDİLEN SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSU :

Sevk nedeniyle müracaat edilen sağlık kurum/kuruluşuna başvuru tarihi :/...../20.....

Müracaat edilen sağlık kurum/kuruluşundan ayrılış tarih:/...../ 20.....

..... /...../20..... -/...../ 20..... tarihleri arasında ayaktan tedavi görmüştür.

..... /...../20..... - /...../ 20..... tarihleri arasında yatarak tedavi görmüştür.

Refakatçi durumu (***) :

Düzenleyen Hekim:

Kaşe (****)

İmza

(*) Gerekli teşhis ve tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzman hekiminin bulunmaması vb. tıbbi nedenlerin belirtilmesi gerekmektedir.

(**) Refakatlin tıbben gerekli olduğunun gerekçesi ile birlikte belirtilmesi gerekmektedir.

(***)Refakatli olarak gelindiğinin /kalındığının hekim tarafından belirtilmesi gerekmektedir.

(****)Kaşede yer alması gereken diğer bilgiler yanında hekimin çalıştığı sağlık hizmeti sunucusunun adının da yer alması

(yoksa hekim tarafından elle yazılması olması) gerekir.

SEVK FORMUNUN BİR ÖRNEĞİ MÜRACAAT EDİLEN SAĞLIK KURUM/KURULUŞUNDAN AYRILIŞ AŞAMASINDA HASTAYA VERİLECEKTİR.