T.C. Sağlık Bakanlığı	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Nevşehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Hastane Yöneticiliği **KONSÜLTASYON İSTEK FORMU**

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KLN.FR.03	23.09.2013	00		1/1

1. Hasta Bilgileri
Adı-Soyadı: ……………………………………………………..
Yaş: ………………
Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek
T.C. Kimlik No:…………………………………………
Klinik: ………………………………………………………..
Oda No: …………………………………...……………

2. İstekte Bulunan Hekim Bilgileri
Adı-soyadı: ………………………………………………
Klinik: ……………………………………………………
İmza: ……………………………………………………...

Konsültasyon istenen klinik:……………………………..
İstek tarihi: …./.../20….… İstek saati: …………….

3. Konsültasyon İsteği
Tanı:…………………………………………………………………....
İstek nedeni* (*Konsültan hekimden beklentilerinizi açıkça ve okunaklı olarak belirtiniz, kısaltma kullanmayınız*):
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

4. **Konsültan Hekim Notu**
Konsültasyon Tarihi:………………………
Saat: :………………………
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
…………………………………………………………………………*(arka sayfayı da kullanabilirsiniz)*→

5. Konsültan Hekim Bilgileri
Adı-Soyadı:……………………………………………………...................
Klinik :…………………………………………………………………..
İmza :

6. Konsültasyon Sonucu: ☐ Tamamlandı ☐ Tamamlanmadı *(hasta tekrar görülecekse)*

**Konsültasyon isteğinin açıkça belirtilmesi, konsültan hekimin hastanızı malzeme bakımından donanımlı şekilde görmesi açısından önemlidir. Nedeni açıkça belirtilmeyen isteklere, konsültan hekimlerce not konularak yanıt verilmeyebilir.*