|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Hasta Bilgileri**

Adı-Soyadı: ………………………………………………..Yaş: ………………………………………………………..Cinsiyet: Kadın  ErkekProtokol no: ……………………………………………….Klinik: ……………………………………………………..Yatak/oda No: ……………………………………………. | 1. **İstekte Bulunan Hekim Bilgileri**

Adı-soyadı: ……………………………………………….Klinik: …………………………………………………….Telefon: …………………………………………………..İmza: ……………………………………………………... |
| 1. **Konsültasyon İsteği** Konsültasyon istenen klinik:………………………………...

***Tanı:*** ( ICD Kodu 10):…………………………………………………………………….... İstek tarihi: …./.../200…***İstek nedeni\**** (*Konsültan hekimden beklentilerinizi açıkça ve okunaklı olarak belirtiniz, kısaltma kullanmayınız*): İstek saati: …………….……………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………… |
| 1. **Konsültan Hekim Notu**

……………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….…………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………….*(arka sayfayı da kullanabilirsiniz)***→** |
| 1. **Konsültan Hekim Bilgileri**

 Adı-Soyadı:………………………………………………….................... Klinik:.…………………………………………….……………………... İmza: |
| 1. **Konsültasyon Sonucu:**  Tamamlandı Tamamlanmadı *(hasta tekrar görülecekse)*
 |
| 1. **Konsültasyon formunu teslim alan hekim / personel**

Adı-Soyadı: ……………………………………………………….…………………………………………………………Tarih: ……/……./200... Saat: ………………………………İmza: |
| *\*Konsültasyon isteğinin açıkça belirtilmesi, konsültan hekimin hastanızı malzeme bakımından donanımlı şekilde görmesi açısından önemlidir. Nedeni açıkça belirtilmeyen isteklere, konsültan hekimlerce not konularak yanıt verilmeyebilir.* |