|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Hasta Bilgileri**   Adı-Soyadı: ………………………………………………..  Yaş: ………………………………………………………..  Cinsiyet: Kadın  Erkek  Protokol 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.* | |