SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

KORDON SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ

 İZMİR

|  |  |
| --- | --- |
| Hastanın |  |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Düzeltme İstenilen |  |
| İlacın Adı |  |
| Yanlış yazılan ilacın Reçete kayıt tarihi veya yeni doza geçildiği tarih ve Reçete kayıt numarası: |  |
| İlaç Kullanım Dozu(İlacın doğru kullanım dozu yazılacaktır) |  |

 Yukarıda Bilgileri bulunan hasta, söz konusu ilacı, yukarıda belirtilen dozda kullanmaktadır. Hatalı girilen ilaç dozunun düzeltilerek, hasta mağduriyetinin giderilmesi için gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

 ,,,,,/,,,,/,,,,,

 Hekim Kaşe İmza

Başvuru bilgim dahilinde yapılmıştır

HASTA VEYA YAKINI

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Telefon :

 Başvuru Sahibi Eczane Kaşe ve İmza

 Eczane Sicili: 18

 Tel No: