

RS 10

HASTA SEVK FORMU

T.C.
.....VALİLİĞİ
(Sağlık Müdürlüğü)

Sayı:
Konu:

Tarih:/..../200...

.....RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

..../..../200... tarihinde, Müdürlüğümüze başvuran aşağıda açık kimliği, tanısı ve sevk Nedeni belirtilen hastanın, bölge hastanesine sevk zorunlu görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar
Şube Müdürü

Sağlık Müdürü

HASTANIN:

Adı-Soyadı: Baba Adı:
Doğum Yeri / Tarihi: Eğitim Durumu:
Cinsiyet: Sosyal Güvence:
T.C. Kimlik No: Telefon No:
Adres:.....
.....

GEREKTIĞİNDE HABERLEŞİLECEK HASTA YAKINLARI:

1) Adı-Soyadı: Yakınlık Derecesi :
Adres:.....
..... Telefon No:

2) Adı-Soyadı: Yakınlık Derecesi :
Adres:.....
..... Telefon No:

HASTANEDEN ÇIKIŞTA TAKİP EDİLECEĞİ DEVLET HASTANESİ / SAĞLIK
OCAĞI:

HASTA HAKKINDA BİLGİ

Muayene Edildiği Hastane:.....
Tanı Kodu: Sevk Nedeni:
Protokol No: Yatarak Tedavi Gördüğü Süre:
Sevk Şekli (Refakatli, Polis, Sağ. Pers, Ambulans v.b.) :
Kaçınıcı Sevk: Muayene Eden Doktor:
Başhekim

Varsa Uygulanan Tedavi Hakkında Bilgi :(ilaç Dozu ve Uygulama Saatlerini Yazınız)

Acil Müdahalede Uygulanan Tedavi/Doz: