

T.C.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü

Süreyyapaşa Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezine

Hastanın;

Adı ve Soyadı	
T.C. Kimlik numarası	

Düzeltilme istenilen;

İlacın Adı	
Reçete Kayıt Tarihi	
İlaç Kullanım Dozu	(birim (adet,mg,IU...) ve periyot (gün,ay..) belirtiniz) (Kür protokolü ile ilaç uygulanıyor ise ayrıntılı olarak belirtiniz)

Yukarıda bilgileri yazılı hasta söz konusu ilacı yukarıda belirtilen dozda kullanmaktadır. Hatalı girilen ilaç dozunun düzeltilerek hasta mağduriyetinin giderilebilmesi için gereğini arz ederim. / /

HEKİM KAŞE VE İMZA:

(Düzeltilme istenilen reçeteyi düzenleyen hekim)

Başvuru bilgim dahilinde yapılmıştır.

HASTA VEYA YAKINI İMZA:

Yakını ise,

Adı ve Soyadı:

T.C. Kimlik no:

BAŞVURU SAHİBİ ECZANE KAŞE VE İMZA:

SGK SİCİLİ: 18

TEL NO:

NOT: Bölge Eczacı Odasında doz düzeltme talepleri ile ilgili yayımlanan duyuru ve dilekçe örneklerinde yapılmakta olan güncellemeleri takip ediniz.