

Doz Düzeltme Talebi



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü
Süreyyapaşa Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi

**Başbüyük Mh Başbüyük Cd Süreyyapaşa Ormanı 34854
Maltepe / İSTANBUL**

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:

Başvuru bilgim dahilinde yapılmıştır.

HASTA VEYA YAKINI

T.C. no - Adı ve Soyadı – İletişim No - İMZA:

ECZANE KODU: 18

ECZANE KAŞE – İMZA:

TEL NO:

NOT: Dilekçe aslının yukarıdaki adrese gönderilmesi gerekmektedir.