

TOMOĞRAFİ, MR, VB. İLERİ TETKİK İŞLEMLERİ SEVK FORMU

.....HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ/ MESUL MÜDÜRLÜĞÜNE

SAYI:

...../...../ 20..

İLGİLİ MAKAMA

Hastanemiz.....Polikliniğine.....tarihinde.....
protokol numarası ile başvuran.....numaralı Resmi/Emekli
hasta.....için.....tanısı
ile.....tetkiki gerekmektedir.

HASTAYA DAHA ÖNCE HASTANEMİZDE YAPILAN TETKİK VE TAHLİLLER

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

TIBBİ GEREKÇE:.....
.....
.....

SEVK NEDENİ:

- Cihazın Bulunmaması (acil şartı aranmayacaktır)
- Cihazın Arızalı Olması
- Radyoloji Uzmanı Bulunmaması
- Hasta Yoğunluğu

nedeniyle ilgili tetkik hastanemizde yapılamamaktadır. Tetkik ve tahlillerin sonucuna göre bu tetkikin **acilen** yapılması tıbben zorunlu olduğundan; dışarıya sevki uygundur.

Tetkiki İsteyen
İlgili Dal Uzmanı
İmza-Kaşe

Tetkiki Yapan
İlgili Dal Uzmanı
İmza-Kaşe

(Bulunmaması halinde boş
bırakılacak)

UYGUNDUR

BAŞHEKİM
İmza-Kaşe-Mühür