

Hastane
Amblemi/Kurum
Amblemi

..... HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ/
.....MESUL MÜDÜRLÜĞÜ/
..... İLİİLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ/TOPLUM SAĞLIĞI
MERKEZİ.....AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

Sağlık
Bakanlığı
Birimleri için
Bakanlık
Amblemi

İLAÇ KULLANIM RAPORU

BAŞVURU SAHİBİNİN:	
Adı-Soyadı:	T.C. Kimlik No:
Baba Adı:	Muayene Tarihi:
Doğum Tarihi:	Poliklinik:
Sosyal Güvencesi/ Kurumu:	Online Protokol No:
Sicil No:	Rapor No:
GSS Provizyon No:	Rapor Başlangıç ve Bitiş Tarihi:
Adres:	

ICD KODU VE TANI(LAR)*:

İLAÇLAR**

Hastanın yukarıda belirtilen hastalığı ile ilgili sıralanan etken maddeli ilaçlarını süre ile kullanması gerekmektedir. Bu süre bitiminden sonra ilaç kullanımına devam edilmesi hususunda hekiminize başvurunuz.

HEKİM-KAŞE-İMZA	HEKİM-KAŞE-İMZA	HEKİM-KAŞE-İMZA
-----------------	-----------------	-----------------

Açıklama:

* Tebliğ eki "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesine (Ek-4/D) uygun olmayan tanı ve ilaç eşleşmelerinde hastaya reçete edilen ilaçlar, katkı payından muaf olmayacaktır.

** İlaçların etken madde ismi yazılacaktır.

*** Hekim sayısı ilacın niteliğine göre belirlenecek olup, hekim imza adedi daha az veya fazla olabilir. (Tek hekimle düzenlenecek raporlarda bir hekimin kaşe ve imzası yeterli kabul edilecektir.)