

	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	Doküman Kodu	SH.HB.04.05
		İlk Yayın Tarihi	02.03.2015
	KONSÜLTASYON TALEP FORMU	Revizyon Tarihi	25.02.2022
		Revizyon No	02

1. Hasta Bilgileri Klinik: TC No: Adı-Soyadı: Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek Yaş:		2. İstekte Bulunan Hekim Bilgileri Adı-Soyadı : İmza : Klinik : Konsültasyon ☐ Normal ☐ Acil ☐ Çok Acil	
3. Konsültasyon İstenen Klinik:		Tarih:	
		Saat :	
4. Konsültasyon İstek Nedeni* (Konsültan hekimden beklentilerinizi <u>açıkça</u> ve <u>okunaklı</u> olarak belirtiniz, kısaltma kullanmayınız):			
5. Konsültan Hekim Notu			
6. Konsültan Hekim Bilgileri Adı-Soyadı : İmza : Klinik :		Tarih:	
		Saat :	
7. Konsültasyon Sonucu: ☐ Tamamlandı ☐ Tamamlanmadı (hasta tekrar görülecekse)			
8. Konsültasyon Formunu Teslim Alan Hekim / Personel Adı-Soyadı : İmza :		Tarih:	
		Saat :	

(Konsültan formları yönetmelik gereği kurumda 2yıl saklanmalıdır.)