ADIYAMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Tıbbi Cihaz ve Eczacılık Birimi

|  |  |
| --- | --- |
| HASTANIN |  |
| Adı ve Soyadı |  |
| T.C. Kimlik Numarası |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DÜZELTME İSTENİLEN |  |
| İlacın Adı |  |
| Yanlış Yazılan İlacın Reçete Kayıt Tarihi veya Yeni Doza Geçildiği Tarih |  |
| İlaç Kullanım Dozu  (İlacın doğru kullanım dozu yazılacaktır.) | [(birim(adet,mg,IU..) ve periyot( gün,,ay..)] belirtiniz.(Kür protokolü ile ilaç uygulanıyor ise ayrıntılı olarak belirtilmesi) |

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

**Not: (Doz düzeltilmelerinin yapılabilmesi için Sağlık Müdürlüğüne Dilekçe ile beraber Hastanın Reçetesinin medula çıktısı, Rapor çıktısı Sağlık Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekir.)**

 *HEKİM KAŞE VE İMZA*

Başvuru bilgim dahilinde yapılmıştır.

HASTA VEYA YAKINI İMZA:

Yakını ise,

Adı ve Soyadı:

T.C.Kimlik No:

 BAŞVURU SAHİBİ ECZANE KAŞE VE İMZA

 ECZANE SİCİLİ: 18……………………….

 TEL NO: