

## HASTA SEVK FORMU

EK-4A

ADI SOYADI : DOĞUM YERİ/TARİHİ :  
TC KİMLİK NO : PROTOKOL NO :  
KURUM SİCİL NO : DOSYA NO  
YAKINLIK DERECESESİ : GSS SEVK NO :  
KURUM ADI  
ÇALIŞAN ADI SOYADI :

## SEVK EDEN KURUM BİLGİLERİ

ADI :  
SEVK EDEN BRANŞ :  
SEVK TARİHİ :

## SEVK EDİLEN HASTANE / BRANŞ

HASTANE ADI :  
SEVK EDİLEN BRANŞ :  
SEVK NEDENİ\* :  
REFAKATÇİ DURUMU \*\*:  
SEVK VASITASI :  
TANI :

Dr. :

KAŞE-İMZA

Başhekimlik Onayı \*\*\*

Baştabip

MÜHÜR - İMZA

Sevk nedeniyle müracaat edilen sağlık kurum/kuruluşuna başvuru tarihi : ...../...../20..

Müracaat edilen sağlık kurum/kuruluşundan ayrılış tarihi : ...../...../20..

...../...../20....-...../...../20.... tarihleri arasında ayaktan tedavi görmüştür.

...../...../20..-...../...../20.... tarihleri arasında yatarak tedavi görmüştür.

Refakatçi eşliğinde gelmiş ve\veya kalmıştır. [ ]

Düzenleyen hekimin

Adı-Soyadı:

Kaşe

İmza

Başhekimlik Onayı

(\* ) Gerekli teşhis ve tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzman hekiminin bulunmaması vb. tıbbi nedenlerin belirtilmesi gerekmektedir.

(\*\*) Refakatın tıbben gerekli olduğunun belirtilmesi gerekmektedir.

{\*\*\*} Aile hekimlerince yapılan sevklerde başhekim onayı aranmaz.