Sağlık Bakanlığı Birimleri için Bakanlık Amblemi

Hastane Amblemi/Kurum Amblemi

……………. HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ/

……………..MESUL MÜDÜRLÜĞÜ/

……. İLİ ….TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ…..AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

**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.

\*\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hekim-Kaşe-İmza | Hekim-Kaşe-İmza | Hekim-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.)