

FATİH ANADOLU LİSESİ
AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ

Hastanın

Adı Soyadı :.....

Aile Fertlerinin Yakınlığı :.....

Tedavi Gördüğü Sağlık Kuruluşunun Adı :.....

Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi-Saati :...../...../..... Saat:.....

Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi-Saati :...../...../..... Saat:.....

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim./.../.....

Adı Soyadı :

Ünvanı :

İmza :