

XXXXXXXXXX HASTANESİ SAĞLIK KURULU RAPORU

Rapor tarihi : XXXXXXXXXXXX

Rapor No : XXXXXXXXXXXX

Adı-Soyadı : XXXXXXXXXXXX

T.C kimlik No : XXXXXXXXXXXX

Protokol no :XXXXXXXXXXXXXXXX

**!!!ÖRNEK RAPORDUR!!!**

Düzenlenecek raporda bu örnekte  
XXXXXX şeklinde işaretli alanların  
yer alması zorunludur.

**NEOKS DESK: 0506 321 89 49**

**NEOKS TEMSİLCİ: 0506 321 89 39**

TANI: Alt Ekstremitenin Varikoz Venleri, Ülserli (ICD KODU-I83.0-)

**KARAR :** Hastanın yapılan muayenesi sonucunda..30..Seans hiperbarik oksijen tedavisi alması uygun görülmüştür.

Uzm.Dr.İmza  
XXXXXXXXXX

X

Uzm. Dr.İmza  
XXXXXXXXXX

X

Uzm.Dr. İmza  
XXXXXXXXXX

X

Başhekim Mühür -İmza  
XXXXXXXXXX

X