

XXXXXXXXX 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 EKSTREMİTENİN ÜLSERİ,BAŞKA YERDE SINIFLANMAMIŞ (L97)

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