



SDÜDHF/TBH/FRM/70/YT-13.01.2015/REVNO-00

İstem Tarih No :	Muayene Tarihi :
Hasta Adı Soyadı:	İşlem/Dosya No :
TC Kimlik No :	Klinik Adı :
Çalıştığı Kurum :	Protokol No :
Sicil No :	Rapor Tarih No :
T.C. Kimlik No :	Sevk Eden Hekim SUT KURALLARINA UYGUNDUR Kaşe İmza VE GERİ ÖDEME KAPSAMINDADIR.
Tanı :	

Sıra No	Malzeme Kodu	SUT Kodu	Malzeme Adı	Miktar	Birim
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

NOT:

- Yatarak tedavide kullanılan vücut içi protez ve iyileştirme araç ve gereçleri ile yaşam kalitesini arttırmak amacı ile yapılan ameliyatlarda kullanılan malzemeler dahil olmak üzere yapılan işlemlerin hepsi HAYATİ ÖNEME HAİZDİR.
- Yukarıda ismi ve miktarı belirtilen SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) kodlu tıbbi malzemelerin, SUT'ta belirtilen kullanım şartlarını taşıdığını ve uygunsuz kullanımdan kaynaklanan tüm sorumluluğun tarafıma / tarafımıza ait olduğunu taahhüt ederim / ederiz.

Hekim Kaşe - İmza

Hekim Kaşe - İmza

Hekim Kaşe - İmza

İlgili Depo / Ameliyathane Var Yok
Kaşe - İmza

ONAY
...../...../20.....
DEKAN
Kaşe - İmza