**MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI**

**AYAKTA TEDAVİ BEYANNAMESİ**

**KURUMU: Arhavi Hüseyin Gürkan Anadolu Lisesi**

|  |  |
| --- | --- |
| **HASTANIN** | |
| **ADI VE SOYADI** |  |
| **AİLE FERTLERİNİN YAKINLIĞI** |  |
| **T.C. KİMLİK NO.** |  |
| **TEDAVİ OLDUĞU SAĞLIK KURULUŞUNUN ADI** |  |
| **SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURU TARİH VE SAATİ** | **…..../……/20….. - …….:…….** |
| **AYAKTA YAPILAN TEDAVİNİN BİTİŞ TARİHİ VE SAATİ** | **…..../……/20….. - …….:…….** |

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

**…..../……/20…..**

**ADI VE SOYADI : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ÜNVANI : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**İMZASI : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**