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 :