**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**Eskişehir Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**

|  |  |
| --- | --- |
| **HASTANIN** |  |
| **Adı ve Soyadı** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DÜZELTME İSTENİLEN** |  |
| **İlacın Adı** |  |
| **Yanlış Yazılan İlacın Reçete Kayıt Tarihi veya Yeni Doza Geçildiği Tarih** |  |
| **İlaç Kullanım Dozu****(Not:İlacın doğru kullanım dozu yazılacaktır.)** | **[(birim(adet,mg,IU..) ve periyot(gün,ay..)] belirtiniz.****(Kür protokolü ile ilaç uygulanıyor ise ayrıntılı olarak belirtiniz.)** |

**Yukarıda bilgileri yazılı hasta söz konusu ilacı yukarıda belirtilen dozda kullanmaktadır. Hatalı girilen ilaç dozunun düzeltilerek hasta mağduriyetinin giderilebilmesi için gereğini arz ederim.**

 ***HEKİM KAŞE VE İMZA***

***(Düzeltme istenilen reçeteyi düzenleyen hekim)***

**Başvuru bilgim dahilinde yapılmıştır.**

***HASTA VEYA YAKINI İMZA:***

**Yakını ise,**

**Adı ve Soyadı:**

**T.C.Kimlik No:**

 **BAŞVURU SAHİBİ ECZANE KAŞE VE İMZA**

 **ECZANE SİCİLİ: 18**……………………….

 **TEL NO:**

Not:Hekim ve hasta veya yakını imzaları olmadan başvuru yapılmaması gerekmektedir.