

RECEIVED

|              |                      |                 |            |
|--------------|----------------------|-----------------|------------|
| Ad Soyadı    | ABDULAZİZ BÜYÜKKAYIN | Müracaat No     | 48621      |
| Yaşı         | 56                   | Müracaat Tarihi | 30.07.2010 |
| Al Güvencesi | S.S.K.               | Sicil No        | 2102995271 |
| Kıbrık No    | 66193205608          | Protokol No     | 2619       |

44 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer

İnhalasyonla alınan madde ismi, Kullanım dozu ve adedi belirtilen J44-Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer hastalığı ile ilgili tıbbi yetersiz ile kullanması gerekmekte olup, hasta katılım payından muaftır.

Adams Field 14 Howard Canyon (Upper Bush, Head,



ilaçla tedavi ve kullanımı dozu. Genelge kapsamında olan, Tebliğ eki "Ayaktan Tedavi Sağlık Kurulu Raporu ile Verilebilecek ilaçlar listesi" de yer alan ilaçlar yazıldığıında doldurulacaktır. Diğerleri için ilacın adı ve hastalık grubu yazılması yeterlidir.



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
PROF. DR. NUSRET KARASU  
GÖĞÜS HASTALIKLARI HASTANESİ

İLAÇ KULLANIMI VE HASTA KATILIM PAYINDAN MUAF İLAÇ RAPORU

|                  |               |                 |            |
|------------------|---------------|-----------------|------------|
| Adı ve Soyadı    | GÜLLÜ EFLATUN | Müracaat No     | 45891      |
| Cinsiyeti        | K Yaşı : 35   | Müracaat Tarihi | 09.07.2010 |
| Sosyal Güvencesi | S.S.K.        | Sicil No        |            |
| T.C. Kimlik No   | 29245556660   | Protokol No     | 12551      |

Rapor Başlama Bitiş Tarihi : 09.07.2010 / 08.07.2011

Klinik Tanı

J45 Astım

|                                           |                                                                                                                |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| İlaç Adı / Etken Madde /<br>Kullanım Dozu | Budesonid / Formeterol 400 / 12 2 x 1<br>Salbutamol inhale / Terbutalin inhale 4 x 2<br>Montelukast 10mg 1 x 1 |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Hastanın yukarıda etken madde ismi, Kullanım dozu ve adedi belirtilen J45-Astım hastalığı ile ilgili ilaçlarını 1(BİR) yıl süre ile kullanması gerekmekte olup, hasta katılım payından muafır

Hekim Kaşif  
NEZAKET ERDOĞAN  
Dip. No: 9150  
Prof. Dr. Nusret Karasu Göğüs Hast.

Başhekim Mühürü  
HASAN COŞKUN - 30183

Kısmi  
Bu madde adı ve Kullanım dozu, Genelge kapsamında olan, Tebliğ eki "Ayaktan Tedavi Sağlık Kurulu Raporu ile Verilebilecek İlaç Listesi (EK-2/C)" de yer alan ilaçlar yazıldığında doldurulacaktır. Diğerleri için ilacın adı ve hastalık grubu yazılması yeterlidir