

## Doz Düzeltimi için Dilekçe Örneği

T.C

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

ADANA SAĞLIK İŞLERİ İL MÜDÜRLÜĞÜ

|                                                     |  |
|-----------------------------------------------------|--|
| Hastanın Kurumu:                                    |  |
| Hasta adı soyadı:                                   |  |
| Hasta sicil veya tahsis no:                         |  |
| Hasta karne no:                                     |  |
| (Bağ -kur için yakınlık kodu)                       |  |
| Dozu hatalı girilen ilacın<br>Sisteme kayıt tarihi: |  |
| Dozu hatalı girilen ilacın adı:                     |  |
| Doz Düzeltme Nedeni:                                |  |

Hatalı girilen ilaç dozunun düzeltilmesini ve hasta mağduriyetinin giderilmesini saygılarımla arz ederim.

...../...../.....

Adres:

Dilekçeyi verenin Ad ve Soyadı

Tel:

İmza

### EKLER:

- 1) Hatalı girilen tarihe ait reçetenin otokopili sayfasının fotokopisi (hastanın karnesi bitmiş ise reçeteyi düzenleyen doktor tarafından o tarihe ait reçete bilgileri içeren yazı)
- 2) karne ön yüz fotokopisi
- 3) var ise rapor fotokopisi
- 4) dilekçe

Belgelerin temin edilerek ünitemize fax ile gönderilmesi veya elden teslim edilmesi gerekmektedir.

**FAX: 0322 432 39 26**

**Rapor Düzeltimi için Dilekçe Örneği;**

T.C

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

ADANA SAĞLIK İŞLERİ İL MÜDÜRLÜĞÜ

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Hastanın Kurumu:               |  |
| Hasta adı soyadı:              |  |
| Hasta sicil veya tahsis no:    |  |
| Hasta karne no:                |  |
| (Bağ -kur için yakınlık kodu): |  |
| Rapor tarihi:                  |  |
| Rapor no:                      |  |
| Hatanın niteliği:              |  |

Yapılan hatanın düzeltilip hasta mağduriyetinin giderilmesini saygılarımla arz ederim.

...../...../.....

Adres:

Dilekçeyi verenin Ad ve Soyadı

Tel:

İmza

**EKLER:**

- 1)Raporun aslı gibidir onayı yapılmış fotokopisi
- 2)karne ön yüz fotokopisini
- 3)Dilekçenin

Belgelerin temin edilerek ünitemize fax ile gönderilmesi veya elden teslim edilmesi gerekmektedir.

**Döküm İptali için Dilekçe Örneği;**

T.C

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

ADANA SAĞLIK İŞLERİ İL MÜDÜRLÜĞÜ

..... no'lu dökümümün iptalini arz ederim.

(Evrakları ve reçetelerimi kurumunuza henüz teslim etmedim.)

...../...../.....

Adres:

Eczane sicil no

Tel:

Eczacı kaşe ve imzası

**DÖKÜM İPTALİ**

**Fatura iptali mümkün değildir. Döküm iptali mümkündür.**

Reçetelerin silinmesi , reçetede değişiklik yapılması veya fatura tutarında değişiklik olması durumunda döküm iptali yapılır.

Bu dilekçe örneği ile birlikte **ÖZET DÖKÜM LİSTESİNİN** fax veya elden kurumumuza teslim edilmesi gerekmektedir.

**FAX NO: 0 322 432 39 26**

**Fatura No Ve Tarihinin Düzeltilmesi İçin Dilekçe Örneği :**

T.C

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

ADANA SAĞLIK İŞLERİ İL MÜDÜRLÜĞÜ

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Döküm no:                  |  |
| Hatalı fatura no:          |  |
| Düzeltilmiş fatura no:     |  |
| Hatalı fatura tarihi:      |  |
| Düzeltilmiş fatura tarihi: |  |

Yukarıda hatalı girilmiş bilgilere ait gerekli düzeltmelerin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

...../...../.....

Adres:

Eczane sicil no:

Tel:

Eczacı kaşe ve imzası

Bu dilekçe örneği ile birlikte **ÖZET DÖKÜM LİSTESİNİN** fax veya elden kurumumuza teslim edilmesi gerekmektedir.

**FAX NO: 0 322 432 39 26**