**KARAMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

|  |  |
| --- | --- |
| **RENKLİ REÇETE İLAÇ DOZU DÜZELTME/ RAPOR EKLEME TALEP DİLEKÇESİ** | |
| Hastanın Adı Soyadı |  |
| Hasta T.C. Kimlik No |  |
| Renkli Reçete No/Rapor No |  |
| Dozu / Raporu Hatalı Girilen İlacınSisteme Kayıt Tarihi |  |
| Dozu / Raporu Hatalı Girilen İlacın Adı |  |
| Hatalı Girilen Doz |  |
| Doğru Doz |  |
| İlaç Raporu Var mı? |  |

**Hatalı girilen renkli reçete ilaç dozunun / raporunun düzeltilmesi için gereğini arz ederim.**

**Tarih**

**Hasta /Hasta Yakını**

**Adı Soyadı Eczane Adı**

**Tel:**

**İmza İmza**