**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**