**AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ**

**Hastanın**

**Adı Soyadı :…………………………….**

**Aile Fertlerinin Yakınlığı :…………………………….**

**Tedavi Gördüğü Sağlık Kuruluşunun Adı :…………………………….**

**Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi-Saati :……/……/..... Saat:……..**

**Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi-Saati :……/……/..... Saat:……..**

**Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim. …./…/……**

**Adı Soyadı :**

**Ünvanı :**

**İmza :**