**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 :**