



..... OF THE REPUBLIC OF TURKEY
T.C.

APPLICATION FORM FOR MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT
HASTA SEVK VE MUAYENE FORMU

MEMURUN
Adı Soyadı:
Sicil No:
T.C. Kimlik No:
Görevi :

Hastanın Sevki Misyonomuzca yapılmıştır.
İmza : Kaşe ve Mühür:

This Section Should be Filled by the Doctor

HASTANIN / PATIENT'S
Adı / Name :
Soyadı /Surname :
Doğum Tarihi / Date of Birth :
Yakınlığı /Relation:

MEDICAL REPORT

I, the undersigned Doctor, declare that
Mr/Mrs/Ms applied to me on..... /..... /..... ,
suffering from I confirm that, after examining him/her, following
the results of laboratory tests/analyses/x-rays/, I provided the necessary treatment for him/her and this treatment
was absolutely necessary for his/her health.

Date: /..... /..... Doctor's Name, Surname: Signature: Seal:

SAĞLIK RAPORU ÇEVİRİSİ

Ben, aşağıda imzası bulunan Doktor.....
Bay/Bayan 'in.....
rahatsızlığından dolayı /..... /..... tarihinde bana başvurduğunu beyan ederim. Adıgeçeni muayene ettikten
sonra, laboratuvar testleri/araştırmaları/röntgen sonucunda rahatsızlığının gerektirdiği tedaviyi yaptığımı ve bu tedavinin hastanın
sağlığı için zorunlu olduğunu belirtirim.

Tarih:..... /..... /..... Doktorun Adı, Soyadı: İmza: Kaşe:

T.C.

Yapılan tedavinin mahalli mevzuata ve çevirinin aslına uygun olduğu onaylanır.

Tarih: / /..... İmza: Kaşe ve Mühür: