



DIŞ TETKİK İSTEM FORMU-2

Doküman Kodu	Bİ.FR.003
Yayın Tarihi	17.03.2016
Revizyon Tarihi	0
Revizyon Numarası	0
Sayfa Numarası	1

HASTANIN ADI-SOYADI:	
HASTANIN DOĞUM TARİHİ:	
HASTANIN T.C. KİMLİK NO:	
STEM YAPILAN POLİKLİNİK / SERVİS/PRT.	
STEM TARİHİ:	
HASTANIN TANISI:	

Yukarıda kimlik bilgileri ve tanısı yer alan hasta için aşağıdaki listede belirtilen tetkiklerin yapılması hususunu arz ve rica ederim.

4128	ORGAN KAS T ANALİZ (DRARDA)
4275	YENİ DOĞAN TARAMASI (TANDEM MS)
4034	KANTAT F AM NOAS T ANALİZ (20 AM NOAS T)
4041	KARNİT N/ AÇIK KARNİT N ANALİZ (TANDEM MS)

Sevk Nedeni:

Kurumlar Arası Hizmet Alım Sözleşmesi

Tıbbi Gerekçe: Tetkik isteyen İlgili Dal Uzmanı

mza – Kaşe

UYGUNDUR
BAHEKİM/KAŞE/MÜHÜR