



Başka Bir Merkeze Sevk Oranı Veri Toplama Formu



Hastane Adı						
Ay ve Yıl						
SIRA NO	Adı Soyadı	Başvuru (mesai içi/mesai dışı)	Sorumlu hekim	Konsültasyon isteği (Var/Yok)	Varsa konsülte edilen bölüm	Hastanın tanı veya ön tanısı
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						