….………………... ANABİLİM DALI

İlgili Hastanın;

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sıra No | Dosya No | TC | Adı Soyadı | Tedavi Tarihi | Yanlış Girilen İşlemin Bilgileri | Doğru Girilmesi Gereken İşlem Bilgileri |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | | **Öğrencinin** | | **Öğrencinin** | |
| Adı Soyadı |  | Adı Soyadı |  | Adı Soyadı |  |
| Tarih / İmza |  | Tarih / İmza |  | Tarih / İmza |  |

|  |
| --- |
| NOT: Yanlış işlem girişi yapılan hastalara ait form eksiksiz bir şekilde doldurulup Faturalama birimine teslim edilmesi gerekmektedir. |
| NOT: BU TABLONUN BİLGİSAYAR ORTAMINDA DOLDURULMASI GEREKMEKTEDİR. LÜTFEN EL YAZISI İLE DOLDURMAYINIZ. |