|  |  |
| --- | --- |
| **TARİH:** |  |
| **HASTANIN ADI SOYADI:** |  |
| **KONSÜLTASYON İSTEYEN BÖLÜM:** |  |
| Anabilim Dalımız kliniğinde ..................................T.C nolu ....................................................isimli hastadan alınan anamnez sonucunda; | |
| Dr: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TARİH:** |  |
| **KONSÜLTASYON İSTENEN BÖLÜM:** |  |
| **SONUÇ:** | |
| Dr: |  |