|  |  |
| --- | --- |
| **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: |  |