**Hastanın;**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Hasta Dosya No |  |

**Düzeltme istenilen;**

|  |  |
| --- | --- |
| Tetkik SUT Kodu |  |
| Tetkik Adı |  |
| İşlendiği Tarih |  |
| İptal/Düzeltme Nedeni |  |

Yukarıda bilgileri yazılı hastaya yapılan işlemin yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı HBYS’den düzeltilmesi/iptali için gereğini arz ederim. ...../......./.......

\*Ek: Hasta İşlem Kâğıdı

 **HEKİM KAŞE VE İMZA:**

\* Hastaya ait işlem kâğıdının eklenmesi gerekmektedir.