T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler

**SOSYAL HİZMET BİRİMİ KONSÜLTASYON FORMU**

**EK.1**

**HASTANIN KİMLİK VE ADRES BİLGİLERİ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |  | **Konsültasyon Tarihi** |  |
| **TC Kimlik No** |  |
| **Anne-Baba Adı** |  | **Hastanın Tanısı** |  |
| **Doğum Yeri/Tarihi** |  |
| **Klinik-Oda No** |  | **Telefonu** |  |
| **Başvuru/Yatış Tarihi** |  |
| **Protokol No** |  | **Adresi** |  |
| **Sağlık Güvencesi** |  |

**KONSÜLTASYON İSTEM ÖZETİ**

|  |
| --- |
|  |

**DEĞERLENDİRME**

**SONUÇ VE ÖNERİLER**

**Konsültasyonu İsteyen (Kaşe-İmza) Sosyal Çalışmacı (Kaşe-İmza)**

 \* Kliniklerden bildirilen ya da havale edilen hastalar için istemde bulunan doktor tarafından doldurulacaktır.