**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**

**Ertuğrul Gazi Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi**

|  |  |
| --- | --- |
| Hastanın Kurumu: |  |
| Hasta Adı Soyadı: |  |
| TC Kimlik No: |  |
| Dozu hatalı girilen ilacın adı, girilen doz ve reçete kayıt tarihi |  |
| Doz düzeltme nedeni ve düzeltilmesi istenen doz miktarı |  |

Hatalı girilen ilaç dozunun düzeltilmesini ve hasta mağduriyetinin giderilmesini saygılarımla arz ederim.

 Düzeltmeyi isteyen hekim

 Kaşe imza

 ………/……../……..

 Dilekçeyi verenin Adı Soyadı

Adres: İmza

Tel:

**EK:** Yeni tarihli e-reçete nosu veya manuel reçete ise görüntüsü

**Mail: ertugrulgazissgm@sgk.gov.tr**