



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

HASTA HAKLARI BİLGİ İSTEME FORMU

Kod:HD.FR.29

Yayın Tarihi:18.08.2021

Revizyon No:00

Revizyon Tarih:--

S.N:1/1

Sayın,
...../...../.....tarihinde birimimize T.C. Kimlik Nolu
..... Tarafından yapılan müracaatta aşağıda tarihi ve içeriği belirtilen
konularda başvuru yapılmıştır.

Konuya ilişkin açıklamalarınızın/...../.....tarihine kadar birimimize
ulaştırmanızı “Hasta Hakları Yönetmeliği ve Genelge” hükümleri gereğince rica
ederim.

İmza

Adı Soyadı

Hasta Hakları Birim Sorumlusu

İmza

Adı Soyadı:

Sağlık Tesisi Yöneticisi/ Başhekim

TARİH ----/----/----

BAŞVURUNUN İÇERİĞİ:

TARİH ---/---/----

ÇALIŞANIN

Adı ve Soyadı:

Unvanı:

İmza:



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

HASTA HAKLARI BİLGİ İSTEME FORMU

Kod:HD.FR.29

Yayın Tarihi:18.08.2021

Revizyon No:00

Revizyon Tarih:--

S.N:2/1

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
KALİTE BİRİM ÇALIŞANI	KALİTE KOORDİNATÖRÜ	BAŞHEKİM