

**T.C.**  
**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**  
**KAVAKLIDERE SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ**

E reçete No:

|                                                    |  |
|----------------------------------------------------|--|
| HASTANIN KURUMU                                    |  |
| HASTANIN ADI SOYADI                                |  |
| T.C. KİMLİK NO:                                    |  |
| DOZU HATALI GİRİLEN İLACIN<br>SİSTEME KAYIT TARİHİ |  |
| DOZU HATALI GİRİLEN İLACIN ADI:                    |  |
| HATALI GİRİLEN DOZ                                 |  |
| DOĞRU DOZ                                          |  |

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

**Adres:**

**Tel:**

....../....../....

**Adı Soyadı**

**İmza**  
(Eczaneden gönderildi  
ise eczanenin sicil numarası)

**EK:**

1. Yeni tarihli reçete (e-reçete ise numarası yeterlidir)
2. Doğru dozu içeren rapor (e-rapor ise ekte gönderilmesine gerek yoktur)

**Faks numarası; 0 312 222 5030**

**UYARI: İmzasız dilekçe kabul edilmemektedir**