



CONSULATE GENERAL OF THE REPUBLIC OF TURKEY IN JEDDAH
T.C. CİDDE BAŞKONSOLOSLUĞU

APPLICATION FORM FOR MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT
HASTA SEVK VE MUAYENE FORMU

MEMURUN

Adı Soyadı:

Sicil No:

T.C. Kimlik No:

Görevi :

Hastanın Sevki Misyonomuzca yapılmıştır.

İmza :

Kaşe ve Mühür:

HASTANIN / PATIENT'S

Adı / Name :

Soyadı /Surname :

Doğum Tarihi / Date of Birth :

Yakınlığı /Relation:

MEDICAL REPORT

I, the undersigned Doctor

, declare that

Mr/Mrs/Ms

applied to me on / /

suffering from

I confirm that, after examining him/her, following

the results of laboratory tests/analyses/x-rays/, I provided the necessary treatment for him/her and this treatment was absolutely necessary for his/her health.

Date: / /

Doctor's Name, Surname:

Signature:

Seal:

SAĞLIK RAPORU ÇEVİRİSİ

Ben, aşağıda imzası bulunan Doktor

Bay/Bayan

'in

rahatsızlığından dolayı / / tarihinde bana başvurduğunu beyan ederim. Adıgeçeni muayene ettikten

sonra, laboratuvar testleri/araştırmaları/röntgen sonucunda rahatsızlığının gerektirdiği tedaviyi yaptığımı ve bu tedavinin hastanın sağlığı için zorunlu olduğunu belirtirim.

Tarih: / /

Doktorun Adı, Soyadı:

İmza:

Kaşe:

T.C.

Yapılan tedavinin mahalli mevzuata ve çevirinin aslına uygun olduğu onaylanır.

Tarih: / /

İmza:

Kaşe ve Mühür: