

ته برگ فرم ارجاع

نام و نام خانوادگی:

.....

سن :

علت ارجاع :

تاریخ ارجاع :

شماره ته برگ :

توجه : این ته برگ در مبدا بایگانی می گردد.

فرم ارجاع

شماره پرونده شماره ته برگ

نوع ارجاع : فوری غیر فوری

از : مرکز بهداشتی درمانی /خانه بهداشت /پایگاه بهداشتی / سایر مراکز

دولتی / تامین اجتماعی / بخش خصوصی /

به : بیمارستان / مطب تخصصی / کلینیک ویژه تخصصی

با سلام و احترام

بیمار با مشخصات زیر :

نام و نام خانوادگی سن

با نشانه /علامت / آزمایش

در ارزیابی دوره ای سلامت ، جهت بررسی و اقدام لازم معرفی می گردد.

خواهشمند است پس از بررسی ، نتیجه کار و نیاز به اقدامات درمانی یا

پیگیری را در قسمت بازخورد مرقوم فرموده و آن را عودت دهید.

نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده

سمت : امضا :

فرم بازخورد

از : بیمارستان / مطب تخصصی / کلینیک تخصصی

.....

به : مرکز بهداشتی درمانی /خانه بهداشت /پایگاه

بهداشتی / سایر مراکز دولتی / تامین اجتماعی /

بخش خصوصی /.....

همکار ارجمند : با سلام و احترام

بیمار در تاریخ با نشانه/علامت/آزمایش

.....

پذیرش گردید.پس از بررسی های تکمیلی با تشخیص

اقدامات زیر برای

وی انجام شد.نتیجه اقدامات :

۱-

۲-

۳-

لازم است به شرح زیر پیگیری انجام شود:

.....

.....

تاریخ مراجعه بعدی : امضا

نام و نام خانوادگی :