Diyaliz Hastasının;

T.C Kimlik No :

Adı :

Soyadı :

Uygulanan Diyaliz Yöntemi :

Diyaliz Merkezi Adı :

Diyaliz Merkezi Ruhsat No :

Yukarıda kimliği açık belirtilen hemodiyaliz/periton diyaliz hastasının Diyaliz Hizmetleri Hakkında Yönetmelik'in 13/c maddesi hükmü gereği ayda en az bir defa yapılması gereken uzman hekim değerlendirmesi aşağıdaki tarihlerde yapılmıştır.

Tarih	Diyaliz Hastası Ad Soyad	İmza	Uzman Hekim	İmza-Kaşe