

**T.C.**  
**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**  
**Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**  
**Ertuğrul Gazi Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi**

Hastanın Kurumu:	
Hasta Adı Soyadı:	
TC Kimlik No:	
Dozu hatalı girilen ilacın adı, girilen doz ve reçete kayıt tarihi	
Doz düzeltme nedeni ve düzeltilmesi istenen doz miktarı	

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

Düzeltmeyi isteyen hekim  
Kaşe imza

...../...../.....  
Dilekçeyi verenin Adı Soyadı

Adres:

İmza

Tel:

**EK:** Yeni tarihli e-reçete nosu veya manuel reçete ise görüntüsü

**Mail:** ertugrulgazissgm@sgk.gov.tr