



CONSULATE GENERAL OF THE REPUBLIC OF TURKEY  
T.C. HOUSTON 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:

**This Section Should be Filled by the Doctor**

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. Adigeçeni 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:

T.C. HOUSTON BAŞKONSOLOSLUĞU EĞİTİM ATAŞELİĞİ

*Yapılan tedavinin mahalli mevzuata ve çevirinin aslına uygun olduğu onaylanır.*

Tarih: / / .....

İmza:

Kaşe ve Mühür: