



MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS OF REPUBLIC OF TURKEY
TURKISH CONSULATE EDUCATION ATTACHÉ OFFICE IN CHICAGO

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

Öğrencinin

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik No :
Görevi :

Hastanın sevkı Misyonumuzca yapılmıştır.

İmza: Kaşe ve Mühür:

This section should be filled by the doctor!

Patient's / Hastanın
Name / Adı :
Surname / Soyadı :
Date of birth / Doğum tarihi :
Relation / Yakınlığı :

MEDICAL REPORT

I, the undersigned Doctor, declare
that Mr / Mrs / Msapplied to me on ... / ... / 202...,
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: ... / ... / 202... Doctor's Name, Surname: Signature: Seal:

SAĞLIK RAPORU ÇEVİRİSİ

Ben, aşağıda imzası bulunan Doktor, Bay / Bayan
.....' in
rahatsızlığından dolayı ... / ... / 202.. tarihinde bana başvurduğunu beyan ederim. Adı geçeni
muayene ettikten sonra, laboratuvar testleri / araştırmaları / röntgenleri sonucunda rahatsızlığının
gerektirdiği tedaviyi uyguladığımı ve bu tedavinin hastanın sağlığı için zorunlu olduğunu belirtirim.

Tarih: ... / ... / 202... Doktorun Adı, Soyadı: İmza: Kaşe:

T.C. ŞİKAGO BAŞKONSOLOSLUĞU EĞİTİM ATAŞELİĞİ

Yapılan tedavinin mahalli mevzuata ve çevirinin aslına uygun olduğu onaylanır.

Tarih: ... / ... / 202... Onaylayanın Adı, Soyadı: İmza: Kaşe: