Bu dilekçe örnek niteliğindedir; somut olaya göre uyarlanmalıdır.

ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İTİRAZ EDEN : [Ad Soyad] (T.C. Kimlik No: [.....])
[Adres] – [Telefon]

VASİSİ / VEKİLİ : [Ad Soyad / Av. Ad Soyad] (varsa) – [Adres]

İTİRAZ EDİLEN RAPOR : [Sağlık kuruluşunun adı] tarafından düzenlenen [rapor tarihi] tarihli, [rapor numarası] numaralı Erişkinler İçin Engellilik Sağlık Kurulu Raporu (teslim tarihi: [....]).

AÇIKLAMALAR:

1. Hakkımda [başvuru tarihi] tarihinde yaptığım bireysel başvuru üzerine [sağlık kuruluşunun adı] sağlık kurulunca yukarıda belirtilen rapor düzenlenmiş ve rapor tarafıma [teslim tarihi] tarihinde teslim edilmiştir.
2. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik m. 12/1 uyarınca bireysel rapor itirazları, ilgilisine teslim tarihinden itibaren otuz gün içinde müdürlüğe yapılır. İtirazım süresi içindedir.
3. Raporda [engel oranımın %[....] olarak / engel grubumun [....] olarak / raporun süreli olarak / bağımlılık değerlendirmesinin "hayır" olarak] belirlenmesine itiraz ediyorum.
4. [İtiraz gerekçesi: muayenede değerlendirilmeyen tetkik ve belgeler, sürekli izlemin yapıldığı kuruluştaki kayıtlar, hastalık ve fonksiyon kayıplarının rapora eksik yansıtıldığı hususlar.] Sürekli izlemim [sağlık kuruluşunun adı] tarafından yapılmaktadır.
5. Yönetmelik m. 12/2 uyarınca itiraz üzerine yetkili en yakın farklı bir sağlık kuruluşuna, önceki rapor farklı sağlık kuruluşundan alınmış ise sürekli izlemimin yapıldığı sağlık kuruluşuna gönderilmem; rapor sonuçlarının farklı olması hâlinde en yakın hakem hastaneye yönlendirilmem gerekmektedir.

HUKUKİ NEDENLER:

Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik m. 4, 7, 8, 10, 11, 12 ve ilgili mevzuat.

DELİLLER:

İtiraz edilen rapor, epikriz raporları, tetkik ve görüntüleme sonuçları, reçete ve tedavi kayıtları, sürekli izlemin yapıldığı kuruluşa ait kayıtlar.

SONUÇ VE İSTEM:

Yukarıda açıklanan nedenlerle; itirazımın kabulü ile Yönetmelik m. 12 uyarınca yeniden değerlendirme yapılmak üzere [yetkili farklı sağlık kuruluşuna / sürekli izlemimin yapıldığı sağlık kuruluşuna] sevkimin sağlanmasını, rapor sonuçlarının farklı olması hâlinde hakem hastaneye yönlendirilmemi saygılarımla arz ve talep ederim.

[Tarih]
İtiraz Eden / Vasisi / Vekili
[Ad Soyad]
[İmza]

EKLER:

1- İtiraz edilen rapor nüshası

2- Epikriz ve tetkik sonuçları

3- Kimlik fotokopisi

4- Vasi kararı veya vekaletname örneği (varsa)