

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.FR.02	01.01.2017	----	0	1 / 1

HASTA BİLGİLERİ

TC Kimlik No:	Poliklinik Adı:
ADI SOYADI:	TARİH
YAŞ:	SAAT
CİNSİYET:	

Bu Alana Barkod yapıştırılabilir.

Şikayet/Hikaye

On Tanı

Tedavi Planı

Kaşe / İmza

Hasta Tedaviyi Kabul Etmedi

Sonuç:

Şifa ile Taburcu:

Tekrar Polikliniğe Gönderildi.

Çıkış Saati:.....:.....

**BU FORM GÜNÜBİRLİK TEDAVİYİ İSTEYEN HEKİM TARAFINDAN DOLDURULUR.
HASTA BU FORM İLE ACİL SERVİSE BAŞVURACAKTIR. ACİL MÜRACAATTAN SONRA BU FORM ACİL
SERVİS HASTA GİRİŞ FORMUNA İLİŞTİRİLİR.**

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür