

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.FR.04	01.01.2017	----	0	1 / 1

HASTA BİLGİLERİ

Hasta Adı Soyadı : T.C. Kimlik No:
Doğum Tarihi : Sosyal Güvencesi:
Doğum Yeri :
Adresi :
Teşhis :
Fiziki Muayene :
Epikriz :
Muayene Eden Doktor: İmza:
Bu Alan Sadece Muayene Eden Doktor Tarafından Doldurulacaktır.

HASTANIN GİDECEĞİ KURUM /YER İLE İLGİLİ BİLGİLER

Sevk Edildiği İl:
Sevk Edilen Sağlık Kurumu:
Sevk Edilen Servis:
Görüşülen Servis Doktoru:
Görüşülenin Telefon Numarası:

HASTAYI GÖNDEREN KURUM İLE İLGİLİ BİLGİLER

Sevk Edilen Sağlık Kurumu: ÖZEL RUHA ACADEMIA HOSPITAL / ŞANLIURFA
Sevk Eden Servis:
Tarih ve Protokol No:
Sevk Eden Doktor: İmza:

HASTANIN NAKİL ŞEKLİ BİLGİLERİ

Hastanın Naklini Gerçekleştiren Kurumu:
Ambulans Doktoru: İmza:
Sağlık Memuru: İmza:
Ambulans Şoförü: İmza:

HASTA YAKINI RIZASI

Yukarıdaki bilgiler doğrultusunda hastamın hastaneler arası naklini onaylıyorum.
Tarih: / / 20.....
Hasta Yakınının Adı Soyadı: İmza:

NOT:1.Bu Form Kurum Dışı Hasta Sevkinde İlgili Sağlık Personeli Tarafından Doldurularak Kullanılır.

2.Bu Form2 Nüsha (Fotokopili) Doldurulur. 1. Nüsha Hasta İle Beraber Sevk EdilenYereVerilir,2. Nüsha İse Hastanın Kendi Kliniğinde Saklanır.

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