



HASTANIN

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Protokol No:

Ampute edilen organ/lar:

1)

2)

3)

4)

Ameliyat Tarihi:..../..../20...

Doktor:

Hemşire:

Ameliyathaneden Teslim Eden

Morg'da Teslim Alan

Adı Soyadı:

Adı Soyadı:

Görevi:

Görevi:

İmza:

İmza:

..../..../20...