Demo Hastanesi
RASYON FİŞİ FORMU

Doküman Kodu: HB.FR.047	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Bölüm Mevcudu		**Normal Yemek Adedi**	**Diyet Yiyen Hasta Adedi**	**SÜT**		YOĞURT	**KAHVALTI**								**ETLER**								**Sebze**		**PATATES**				**PİRİNÇ**			**Makarna**		**Çorba**		**Tatlı**		**MEYVE**			**EKMEK**	
							ÇAY		Şeker	Bisküvi	Yumurta	Peynir	Zeytin		**Köfte**		**Haşlama**		**Izgara**				Tuzlu	Tuzsuz	**PÜRE**		**Haşlama**		**Pilav**		LAPA	Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz	KOMPOSTO	MUHALLEBİ				Tuzlu	Tuzsuz
Hasta	Refakat			Şekerli	Şekersiz		Şekerli	Şekersiz							Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz			Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz													

*Bu form her bölüm tarafından 2 adet düzenlenerek bir adedi bölümde saklanacak yemek alınması gerektiğinde bölümce mutfağa Götürülerek yemekler alınacaktır. Diğer adedi hastane yönetimine verilecektir. Yönetimce bölümlerden gelen formlar başka bir çizelgede toplamları alınarak düzenlenecek ve yemeklerin hazırlanmasına esas olmak üzere mutfağa verilecektir.

Bölüm Sorumlu Hemşiresi
Adı Soyadı
İmza

Bölüm Mevcudu		**Normal Yemek Adedi**	**Diyet Yiyen Hasta Adedi**	**SÜT**		YOĞURT	**KAHVALTI**								**ETLER**								**Sebze**		**PATATES**				**PİRİNÇ**			**Makarna**		**Çorba**		**Tatlı**		**MEYVE**			**EKMEK**	
							ÇAY		Şeker	Bisküvi	Yumurta	Peynir	Zeytin		**Köfte**		**Haşlama**		**Izgara**				Tuzlu	Tuzsuz	**PÜRE**		**Haşlama**		**Pilav**		LAPA	Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz	KOMPOSTO	MUHALLEBİ				Tuzlu	Tuzsuz
Hasta	Refakat			Şekerli	Şekersiz		Şekerli	Şekersiz							Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz			Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz	Tuzlu	Tuzsuz													

*Bu form her bölüm tarafından 2 adet düzenlenerek bir adedi bölümde saklanacak yemek alınması gerektiğinde bölümce mutfağa Götürülerek yemekler alınacaktır. Diğer adedi hastane yönetimine verilecektir. Yönetimce bölümlerden gelen formlar başka bir çizelgede toplamları alınarak düzenlenecek ve yemeklerin hazırlanmasına esas olmak üzere mutfağa verilecektir.

Bölüm Sorumlu Hemşiresi
Adı Soyadı
İmza