



Doküman Kodu: HB.FR.023

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

TEDAVİYİ YAPAN HEKİM:.....

TARİH:.....

HASTA KABUL NO:.....

BÖLÜM:.....

BLM. KYT. NO.:.....

HASTANIN KİMLİĞİ	Tanı (En Son Tanı Yazılacak)		Hastalık Kod
Adı: Soyadı: T.C.Kim.No: Cinsiyeti: Yaşı:..... Mesleği: Oturduğu yerin adresi:	Yapılan Ameliyat		Büyük <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Küçük <input type="checkbox"/>
	Hastalığın sonu	Tam İyileşti <input type="checkbox"/> Hastalık ilerledi <input type="checkbox"/> Kısmen İyileşti <input type="checkbox"/> Yaşamını Yitirdi <input type="checkbox"/> Değişiklik yok <input type="checkbox"/>	
	Doğum	Normal <input type="checkbox"/> Müdahaleli <input type="checkbox"/>	
	Ücretli veya Ücretsiz yattığıSınıf Ücreti <input type="checkbox"/> Ücretsiz <input type="checkbox"/>	

Hasta kayıt defterine işlendi

Hastalık İstatistik Fişine İşlendi

Hasta Kabul Memuru

İstatistik Memuru

(İmza)

(İmza)

Dikkat:..... Allerji yapıyor(Kırmızı kalemle yazılacak)

Tarih	Verilen ilaçlar	Tedavi ile ilgili öneriler veya Yapılacak müdahale ve hazırlıklar	Yemekler