

**Hastanın Adı Soyadı:**

..... Ziyaret:

Tarih:/...../.....**Saat:**:.....**Hekim Değerlendirmesi:**

Anamnez / fizik muayene bulguları:

.....

.....

.....

.....

Hastaya yapılması planlanan tahlil / tetkik / tıbbi işlemler:

.....

.....

.....

.....

Takiben yapılması önerilen değerlendirme:

.....

.....

.....

.....

Nedeni:

.....

Teşhis:

.....

Tedavi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hemşire / Sağlık Memuru Değerlendirmesi:

Vücut Sıcaklığı (oC): Kan basıncı (mmHg): Nabız:/dk.... Solunum:/dk....

Hemşirelik Girişimleri:

.....

.....

.....

Parenteral uygulamalar:

.....

.....

.....

Diğer:

.....

.....

.....

Diyetisyen / Fizyoterapist / Psikolog / Sosyal Çalışmacı / Diş Hekimi:



Değerlendirme ve uygulama bilgileri:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Değerlendirmeyi Yapan

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Saat:

Saat:

Değerlendirme Esnasında Hazır Bulunan Yakını

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

(Evde sağlık hizmetine kabul edilen hasta değerlendirme formundaki bilgilerin devamı niteliğinde düzenlenir.)