Demo Hastanesi

HASTANE İÇİNDE BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU

Doküman Kodu: AD.FR.029	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Olay Adı				**Başlangıç Tarihi:**
Olay Yeri				
Sayfa Numarası:				
Tarih ve Saat	**Paylaşılan Bilgiler, Kim Tarafından (OYE) ve Kiminle** (Departman, Servis ve Birim: Ad, görev, irtibat bilgileri)	**Paylaşılan Bilgi Unsuru** (Yalnızca temel unsurlar)	**Kararlaştırılan Eylemler** (Ne, nasıl, kim, ne zaman, nerede)	**Faaliyetlerin Takibi ve İzlenmesi** (Nasıl, ne zaman, kim, ne)