(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
EVDE SAĞLIK HİZMETİ HASTA TEDAVİ PLANI FORMU

Doküman Kodu: ÖPS.FR.068	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Hastanın Adı Soyadı: **Ziyaret No:**	**Tarih/ Saat:**
Hekim Değerlendirmesi:	
Anamnez / Fiziki Muayene Bulguları:	
Hastaya Yapılması Planlanan Tahlil/ Tetkik/ Tıbbi işlemler:	
Takiben yapılması Önerilen Değerlendirme:	
Nedeni:	
Teşhis:	
Tedavi:	
Hemşire/ Sağlık Memuru Değerlendirmesi:	

Ateş	Tansiyon	Nabız: /dk	Solunum: /dk

Hemşirelik Girişimleri:
Parenteral Uygulamalar:
Diğer:
Diyetisyen/ Fizyoterapist/ Psikolog/ Sosyal Çalışmacı/ Diş Hekimi
Değerlendirme ve Uygulama Bilgileri:

Değerlendirmeyi Yapan		**Değerlendirme Esnasında Hazır Bulunan Yakını**	
Adı Soyadı:	Tarih:	Adı Soyadı:	Tarih:
İmza:	Saat:	İmza:	Saat: