(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** TERAPOTİK FLEBOTOMİ FORMU	
Doküman Kodu: KBY.FR.008	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Hastanın Adı Soyadı	
Protokol Numarası	
Tarih	
Poliklinik	
Teşhis	
Tansiyon	
Diğer:	

Hastadan flebotomi amacıyla ..... cc kan alınarak imhası uygundur.

Flebotomi yapılmasını kabul ediyorum.

Hasta Adı-Soyadı-İmza

Talepte bulunan Hekim Adı-Soyadı İmza Kaşe