(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
AMPUTE ORGAN TESLİM FORMU

Doküman Kodu: GAC.FR.004	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

HASTANIN

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Protokol No:

Ampute edilen organ/lar:

1)

2)

3)

4)

Ameliyat Tarihi:..../..../20...

Doktor:

Hemşire:

Ameliyathaneden Teslim Eden	Morg'da Teslim Alan
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Görevi:	Görevi:
İmza:	İmza:

...../...../20...