



HASTANIN YANINDA GETİRDİĞİ İLAÇLARI TESLİM FORMU

Doküman No:	KLN.FR.16
Yayın Tarihi:	25.03.2013
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:...../...../.....

Oda No:

Teslim saati:

TELİM ALINAN İLACINADI	ADET	SON KULLANMA TARİHİ	SAKLAMA KOŞULLARI			HEKİM DEĞERLENDİRMESİ	
			ODA SICAKLIĞI	BUZDOLABI	DİĞER	<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> DEĞİL
1						<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> DEĞİL
2						<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> DEĞİL
3						<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> DEĞİL
4						<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> DEĞİL
5						<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> DEĞİL
6						<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> DEĞİL
7						<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> DEĞİL
8						<input type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> DEĞİL

TESLİM EDEN HASTA/HASTA YAKINI

Adı Soyadı:

İmza:

TESLİMALAN HEMŞİRE

Adı Soyadı:

İmza:

KONTROL EDEN HEKİM

Adı Soyadı:

İmza: