



PLASTİK CERRAHİ BÖLÜMÜ
DOKTOR BİLGİLENDİRME FORMU

Dokuman No:	POL.FR.13
Yayın Tarihi:	14.11.2014
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

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

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı-Soyadı :

Yaş-Cinsiyet-Meslek :

Telefon-Adres :

ÖZGEÇMİŞ

ALERJİ	HT	DM	SİGARA	ALKOL

Kullandığı İlaçlar :

Daha Önceki Müdahaleler :

ÖNERİLEN TEDAVİ

Ameliyat Tarihi :

Muayene Bulguları :

Ameliyat Planı

Hastanın Ödeme Tutarı :

Fotoğraf Çekilme Tarihi : Ameliyat Öncesi Ameliyat Sonrası

Görüşme Yapan Dr. :

Ameliyatı Yapan Dr. :

Görüşmede Önemli Not :

Ameliyattaki Önemli Not :

Bu form ve içerdiği bilgiler, Çevre Sağlık Tesisleri Tic. Ltd. Şti.' ne aittir. Bu formun içerdiği bilgilerden herhangi birisi başka bir amaçla kullanılamaz ve hastane dışına çıkarılamaz. Aksi takdirde yasal işlem ve takip hakkı mahfuzdur.