

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	Doküman Kodu: HB.FR.01
		Yayın Tarihi : 22.07.2016
		Revizyon Tarihi:
		Revizyon No : 00
HASTA YATIŞ FORMU		

HASTANIN

Adı Soyadı		Kan Grubu	
T.C. Kimlik No		Tanı	
Doğum Tarihi - Yeri		Telefon 1	
Cinsiyeti	() Kadın () Erkek	Telefon 2	
Baba Adı		Adresi	
Dosya No			
Yatış Tarihi- Saati			

*Yatıran Hekim
İmza - Kaşe*

Benim veya hastamın hastaneye yattığı sürece hastane iç kurallarındaki maddeleri bilerek ona uymak zorunda bulunduğumu, gereken tıbbi ve cerrahi tedavileri kabul ettiğimi, herhangi bir nedenden hastane kurallarına aykırı bir harekette bulunmayacağımı taahhüt ederim.

*Hasta-Hasta Yakını
Adı Soyadı İmza*