



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Doküman Kodu: HB.FR.12
Yayın Tarihi : 22/07/2016
Revizyon Tarihi:
Revizyon No : 00

SÖZEL İSTEM FORMU

Adı Soyadı :
Dosya No :
Teşhis :
Doğum Tarihi :/...../.....
Alerjisi : () Yok () Var.....
İstem Şekli : () Telefonla () Sözel

İLAÇ İSTEMLERİ

İlacın Adı	Farmasotik Şekli	Dozu	Sıklığı	Uygulama Şekli	Uygulama Saati

SIVI İSTEMLERİ

Sıvının Adı	Uygulama Saati	Konsantrasyon Oranı	Toplam Hacmi	Veriliş Hızı

Yukarıda Dr..... tarafından/...../..... tarihinde saat:.....”da verilmiş olan sözel istemi telefonda iken yazılı hale getirdim. Yazılı metin üzerinden okuyarak teyit ettirdim. Formu hasta dosyasına ekledim.

*İstemi Alan
İmza*

...../...../..... Tarihinde saat:..... da vermiş olduğum,
..... tarafından alınmış olan sözel istemi onaylıyorum.

*Hekim –İmza
...../...../.....
.....:.....*

**Sözel order alınırken; kimlik doğrulaması yapın, kısaltma kullanmayın, ordere veren kişiye okuyarak teyit ettirin, formu hasta dosyasına ekleyin, 24 saat içerisinde ilgili hekime imzalatın.*

***Narkotik ve psiko trop ilaçlar sözel order alınarak uygulanamaz.*