



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

Doküman Kodu: HB.FR.15
Yayın Tarihi : 22/07/2016
Revizyon Tarihi:
Revizyon No : 00

HASTA BAŞI TEST CİHAZI KONTROL FORMU

Birim:.....

Birim Sorumlusu:.....

Cihaz Adı:.....

Markası:.....

Seri No:.....

Referans Aralığı:.....

S.N.	Tarih	Sonuç	Kontrol Eden Adı Soyadı	Kontrol Eden İmza
1/...../.....			
2/...../.....			
3/...../.....			
4/...../.....			
5/...../.....			
6/...../.....			
7/...../.....			
8/...../.....			
9/...../.....			
10/...../.....			
11/...../.....			
12/...../.....			
13/...../.....			
14/...../.....			
15/...../.....			
16/...../.....			
17/...../.....			
18/...../.....			
19/...../.....			
20/...../.....			
21/...../.....			
22/...../.....			
23/...../.....			
24/...../.....			
25/...../.....			
26/...../.....			
27/...../.....			
28/...../.....			
29/...../.....			
30/...../.....			
31/...../.....			