



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

Doküman Kodu: HB.FR.16

Yayın Tarihi : 22.07.2016

Revizyon Tarihi:

Revizyon No : 00

PATOLOJİ İSTEK FORMU

Hasta Adı Soyadı :
T.C. Kimlik No :
Doğum Tarihi :
Doğum Yeri :
Cinsiyeti :
Mesleği :
Telefonu :
Dosya No :
Parçanın Alındığı Tarih :
Parçanın Gönderildiği Tarih :
Parçanın Alındığı Bölge :
Parçanın Alındığı Bölge : Kemik içi Yumuşak Doku
Parçanın Alınış Şekli :
Patoloji Uygulama Kodu :
Ön Tanı :
Muayene Bulguları :
.....
.....
.....

Konsültasyon İsteyen Hekimin

Adı Soyadı :
Telefonu :
Faks :
e-mail :

Yukarıda bilgileri yazılı kişiye ait patoloji materyali/...../..... tarihinde saat:..... teslimi yapılmıştır.

Teslim Eden

Teslim Alan