



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

Doküman Kodu: HB.FR.17

Yayın Tarihi : 22.07.2016

Revizyon Tarihi:

Revizyon No : 00

YATAN HASTA İZİN FORMU

Hasta Adı Soyadı :
T.C. Kimlik No :
Doğum Tarihi :
Doğum Yeri :
Cinsiyeti : Kadın Erkek
Telefonu :
Dosya No :

İzin Başlama Tarihi ve Saati :/...../..... :.....

İzin Bitiş Tarihi ve Saati :/...../..... :.....

Yukarıda kimlik bilgileri bulunan hastamız belirtilen tarih ve saatler arasında Hastanemizden izinli olarak ayrılmak istemiştir. Hastalığı ve tedavisi ile ilgili gerekli uyarılar / öneriler yapılmıştır. Hastanın belirtilen tarih ve saatler arasında izinli olarak çıkmasında sakınca yoktur. İzinli olarak çıkan hasta-hasta yakını izin bitim tarih ve saatinde hastaneye tekrar gelerek tedavisiyle ilgili kontrolleri yaptıracaktır.

Hekim Adı Soyadı

İmza

Hasta-Hasta Yakını

İmza

İzin Geçirileceği Adres:.....
.....
.....

Alternatif Telefon No :

Acil Durumlarda Hastanemizin 0 344 236 68 25 numaralı telefonunu arayınız.

**Bu form iki nüsha düzenlenir biri hastaya-hasta yakınına verilir, diğeri hasta dosyasına konur.*