



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

Doküman Kodu: HB.FR.18

Yayın Tarihi : 03.01.2018

Revizyon Tarihi:

Revizyon No : 00

**PROTEZ ve DEĞERLİ EŞYA TESLİM FORMU**

Sn	Cinsi ( Protez, Takı, Para, Kredi Kartı vb.)	Adedi	Açıklama - Not
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Yukarıda cinsi ve miktarı belirtilen şahsıma ait malzemeleri ...../...../..... tarihinde saat .....:.....”da teslim ettim.

*Teslim Eden*  
*Hasta Adı Soyadı*  
*İmza*

*Teslim Alan*  
*Sorumlu Hemşire*  
*İmza*

Yukarıda cinsi ve miktarı belirtilen şahsıma ait malzemeleri ...../...../..... tarihinde saat .....:.....”da teslim aldım.

*Teslim Alan*  
*Hasta Adı Soyadı*  
*İmza*

*Teslim Eden*  
*Sorumlu Hemşire*  
*İmza*