



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

Doküman Kodu: HB.FR.20

Yayın Tarihi : 03.01.2018

Revizyon Tarihi:

Revizyon No : 00

**HASTANIN BERABERİNDE GETİRDİĞİ İLAÇLARA AİT TESLİM FORMU**

Adı Soyadı:.....

...../...../.....

T.C. Kimlik No:.....

Doğum Tarihi:...../...../.....

Yatış Tarihi:...../...../.....

**HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ**

Sn		Miktarı	Miadı
1			
2			
3			
4			
5			
6			

*Teslim Alan Hemşire  
Adı Soyadı-İmza*

*Teslim Eden Hasta/Hasta Yakını  
Adı Soyadı-İmza*

*Tarih: .../.../201..  
Saat:*

**HASTADAN TESLİM EDİLEN İLAÇ**

Sn		Miktarı	Miadı
1			
2			
3			
4			
5			
6			

*Teslim Eden Hemşire  
Adı Soyadı-İmza*

*Teslim Alan Hasta/Hasta Yakını  
Adı Soyadı-İmza*

*Tarih: .../.../201..  
Saat:*