



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

Doküman Kodu: HB.FR.14
Yayın Tarihi : 22/07/2016
Revizyon Tarihi:
Revizyon No : 00

HASTA TESLİM FORMU

SERVİSTEN AMELİYATHANEYE HASTA TESLİMİ

Adı Soyadı:		Cinsiyeti:	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E
Doğum Tarihi:/...../.....	Teslim Tarihi:/...../.....
Protokol No:		Saat:
Vital Bulgular			
Ateş:	Nabız:	Tansiyon:	Solunum sayısı:

Teslim Eden
Servis Hemşire

Teslim Alan
Anestezi Teknisyeni/Hemşire

AMELİYATHANEDEN SERVİSE HASTA TESLİMİ

Adı Soyadı:		Cinsiyeti:	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E
Doğum Tarihi:/...../.....	Teslim Tarihi:/...../.....
Protokol No:		Saat:
Vital Bulgular			
Ateş:	Nabız:	Tansiyon:	Solunum sayısı:

Teslim Eden
Anestezi Teknisyeni/Hemşire

Teslim Alan
Servis Hemşire