

KODU: HHD07.03 FR.02 YAYIN TARİHİ: 01.01.2021 REVİZYON TARİHİ:- REVİZYON NO: - SAYFA: 1 / 1

Hasta Adı	
Protokolü	
Doktoru	
Teşhisi	
Yattığı Klinik	
Bilgi verilecek Kişi/kişiler Adı Soyadı	
Bilgilendirmenin Kapsamı	
<input type="checkbox"/> Hastalığım ve tedavi sürecim hakkında	
<input type="checkbox"/> Ameliyat sonrası tedavi sürecim hakkında	
<input type="checkbox"/> Tüm hastane süreci hakkında	
<input type="checkbox"/> Taburculuk sonrası yaşam konforum hakkında	
Bilgilendirme talebini alan görevli Adı Soyadı	

..../...../201.

ONAY

Hasta Adı Soyadı

**Not:**

1. Form hastanın el yazısı ile doldurulacaktır.
2. Herhangi bir nedenle dolduramaması durumunda bunun nedeni ve dolduran kişi ismi yazılır.
3. **"Hastalığım/hastaneye yattığım süre içindeki gelişmeler, ameliyatım.....hakkındaki bilgilendirmenin.....adlı kişiye/kişilere yapılmasını talep ediyorum."** metin el yazısı ile **ONAY** bölümüne hasta tarafından yazılmalıdır.

×

KODU: HHD07.03 FR.02 YAYIN TARİHİ: 01.01.2021 REVİZYON TARİHİ:- REVİZYON NO: - SAYFA: 1 / 1

Hasta Adı	
Protokolü	
Doktoru	
Teşhisi	
Yattığı Klinik	
Bilgi verilecek Kişi/kişiler Adı Soyadı	
Bilgilendirmenin Kapsamı	
<input type="checkbox"/> Hastalığım ve tedavi sürecim hakkında	
<input type="checkbox"/> Ameliyat sonrası tedavi sürecim hakkında	
<input type="checkbox"/> Tüm hastane süreci hakkında	
<input type="checkbox"/> Taburculuk sonrası yaşam konforum hakkında	
Bilgilendirme talebini alan görevli Adı Soyadı	

..../...../201.

ONAY

Hasta Adı Soyadı

**Not:**

1. Form hastanın el yazısı ile doldurulacaktır.
2. Herhangi bir nedenle dolduramaması durumunda bunun nedeni ve dolduran kişi ismi yazılır.
3. **"Hastalığım/hastaneye yattığım süre içindeki gelişmeler, ameliyatım.....hakkındaki bilgilendirmenin.....adlı kişiye/kişilere yapılmasını talep ediyorum."** metin el yazısı ile **ONAY** bölümüne hasta tarafından yazılmalıdır.