|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| aibu_dis_logo | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  HASTA TABELASI | | | C:\Users\Aidata\Downloads\birincilogo_3559696.png |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO |
| SİY.FR.01 | 11/03/2019 | - | - | 1/1 |

**Tedaviyi yapan hekim:................................................................................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HASTA BİLGİLERİ  Adı:...........................................................  Soyadı:..................................................... | TANI  (En son tanı yazılacak |  | HASTALIK KODU |
| Yapılan Ameliyat |  | Büyük □ Orta□ Küçük □ |
| Hastalığın Sonu | Tamamen İyileşti □ Hastalık İlerledi □  Kısmen İyileşti □ Yaşamını Yitirdi □  Değişiklik Yok □ | |
| Ücretli veya  ücretsiz yattığı | .................................Sınıf ücretli □  □ | |

Hasta kayıt defterine işlendi: Hastalık İstatistik Fişine işlendi.

Hasta Kabul Memuru (İmza) İstatistik Memuru (İmza)

**DİKKAT..........................................................................................ALERJİ YAPIYOR (Kırmızı kalemle yazınız, hasta bilekliğini kırmızı olarak takınız).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **ORAL VERİLECEK İLAÇLAR** | **PARENTERAL VERİLECEK İLAÇLAR**  (İM-İV-SC vb. olarak belirtiniz) | **Not: 1.**İstenen Tetkin, Tahlil ve Girişimi belirtiniz.  **2.**Kan Transfüzyonlarında kanın verileceği saati ve veriliş süresini yazınız. | **Yemek** (Normal veya diyet) |
|  |  |  |  |  |