

1-) HASTA NAKİL TALEBİ

Bu bölüm hastayı sevk eden hastane tarafından doldurulacaktır.

Aşağıda kimlik bilgileri bulunan hastanın nedeniyle / gerekçesiyle hastanemizde tedavisi mümkün olmadığından **ambulansla nakli gerekmektedir.**

NAKİL TALEBİNDE BULUNULAN HASTANIN:

ADI SOYADI:	YAŞI:	BABA ADI:
TC. NO:	SOSYAL GÜVENLİK KURUMU :	
TEŞHİSİ:		
SEVK EDİLDİĞİ / İL VE HASTANE ADI :		
HASTAYI KABUL EDEN Dr. ADI VE TELF. NO:		
SEVK EDİLDİĞİ TARİH : ... / ... / 20...	HASTANIN EPİKRİZİ TANZİM EDİLDİ Mİ ?	

Hastayı sevk eden İLGİLİ HASTANE HEKİMİ

Adı Soyadı/kaşe/İmza
.....

2-) GÖREV EMRİ

Bu bölüm İl Ambulans Servisi tarafından doldurulacaktır.

Aşağıda plaka ve ekip bilgileri belirtilen ambulans ve personeli Afyonkarahisar Sağlık Müdürlüğünün 21 / 07 / 2005 tarihli ASKOM kararlarına istinaden, Afyonkarahisar İl Ambulans Servisi Başhekimliği KKM nöbetçi hekimliğince , yukarıda açık kimliği belirtilen hastanın ilindeki hastanesine nakledilmesi amacıyla görevlendirilmiştir.

HASTA NAKİL EKİBİ :

AMBULANSIN PLAKASI :	03 / /	NAKİL TARİHİ :	.... / .... / 20...
AMBULANS ÇIKIŞ SAATİ :	.....	AMBULANS DÖNÜŞ SAATİ :	.....
AMBULANS ÇIKIŞ KM' Sİ :	.....	AMBULANS DÖNÜŞ KM' Sİ :	.....
VAKA FORMU DOLDURULDU MU? :	.....	PROTOKOL NO (Asos) :	.....

SAĞLIK PERS. (Ekip sorm.)

Adı Soyadı :

İmza :

SAĞLIK PERS.

Adı Soyadı :

İmza :

SÜRÜCÜ PERS.

Adı Soyadı :

İmza :

3-) SONUÇ

Teslim alan hastane tarafından doldurulacaktır.

Yukarıda açık kimliği belirtilen hasta ... / ... / 20..... tarihinde saat / de ilindeki hastanesine aşağıda ismi belirtilen personele teslim edilmiştir.

Hastayı teslim alan İLGİLİ HASTANE HEKİMİ

Adı Soyadı/kaşe/İmza
.....