

Döküman Kodu:
AS.FR.11

Yayın Tarihi: 13.01.2021

Revizyon Tarihi:-

Revizyon No:00

Sayfa No : 1/1

TEŞHİS.....YATIŞ – ÇIKIŞ TARİHİ.....

BARKOD

Hastanın taburcu edildiği yer	<input type="checkbox"/> Ev	<input type="checkbox"/> Diğer.....					
Evde bakıma ihtiyacı var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır					
Evde bakımı karşılayacak kişi	<input type="checkbox"/> Aile	<input type="checkbox"/> Özel hemşire					
A-İLAÇ TEDAVİSİ: Aşağıda kullanmanız gereken ilaçlar ve dozları belirtilmiş olup kullanım sürelerine dikkatle uymanızı öneririz.							
İlacın adı	Kullanım Şekli						Süresi
1.....	Aç	Tok	Sabah	Öğlen	Akşam	Gece
2.....	Aç	Tok	Sabah	Öğlen	Akşam	Gece
3.....	Aç	Tok	Sabah	Öğlen	Akşam	Gece
4.....	Aç	Tok	Sabah	Öğlen	Akşam	Gece
5.....	Aç	Tok	Sabah	Öğlen	Akşam	Gece
Kullanılan ilaçlardan özel bir besinle etkileşen varsa.....							
B-DİYET TEDAVİSİ:							
C-KONTROL HAKKINDA: Lütfen gelişte doktorunuzun adına poliklinik kaydı alınız. Kontrol Tarihi Geleceğiniz Poliklinik Başvurmanız Önerilen Diğer Poliklinikler							
DİĞER ÖNERİLER:							
Yukarıdaki bilgileri aldığımı ve anladığımı onaylıyorum. Adı Soyadı:..... İmza:.....							
GEREKTEĞİNDE İRTİBAT TEL: 444 26 34 DAHİLİ..... DOKTOR İMZA KAŞE							