|  |  |
| --- | --- |
| **HASTA DOSYASINDA BULUNMASI GEREKEN FORMLAR** | **USULÜNE UYGUN DÜZENLENMİŞ Mİ?** |
| **EVET** | **HAYIR** | **ADET** | **SAYFA SAYISI** |
| 1-Hasta Dosyası Kontrol ve Onay Formu |  |  |  |  |
| 2-Hasta Başvuru Formu |  |  |  |  |
| 3-Hasta Bilgilendirilmiş Onam Formu |  |  |  |  |
| 4-Hasta Bilgilerinin Paylaşımı İzin Formu |  |  |  |  |
| 5-Hasta Değerlendirme ve Tedavi Formu |  |  |  |  |
| 6-Tahil/Tetkik İstem Formu |  |  |  |  |
| 7-Laboratuar-Röntgen ve Görüntüleme Tetkik Sonuçları (İhtiyaç Halinde) |  |  |  |  |
| 8- Konsültasyon İstem Formu |  |  |  |  |
| 9- Hasta Nakil Formu |  |  |  |  |
| 10-Hasta ve Yakını Eğitim Formu |  |  |  |  |
| 11-Hasta Ziyaret Planı |  |  |  |  |
| 12-Hizmet Sonlandırma Formu |  |  |  |  |
| 13- Diğer… |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Hastanın Adı-Soyadı : DOSYA NO:****Cinsiyetİ :****T.C. Kimlik No :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| saÄlÄ±k bakanlÄ±ÄÄ± yeni logo ile ilgili gÃ¶rsel sonucu | **ŞIRNAK CİZRE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ** | DokümanKodu | HB.FR.15 |
| Yayın Tarihi | 24.11.2020 |
| RevizyonTarihi |  |
| **EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ****HASTA DOSYASI KONTROL FORMU** | Revizyon No | 0 |
| Sayfa No | 1**/**1 |

**Yukarıda belirtilen bilgilerin doğruluğunu beyan ederim.**

Sorumlu Tıbbi Sekreter Birim Kalite Sorumlusu

Adı Soyadı: Adı Soyadı:

 İmza İmza

NOT: Hastaya ait hiçbir belgenin dosyadan çıkarılmasına izin verilmez. Hasta/Hasta yakınının yazılı talebi doğrultusunda onaylı fotokopileri ile işlem yapılır.