|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| saÄlÄ±k bakanlÄ±ÄÄ± yeni logo ile ilgili gÃ¶rsel sonucu | **ŞIRNAK CİZRE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ** | DokümanKodu | HB.FR.05 |
| Yayın Tarihi | 31.01.2013 |
| RevizyonTarihi | 24.11.2020 |
| **EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ**  **HİZMET SONLANDIRMA FORMU** | Revizyon No | 03 |
| Sayfa No | 1**/**1 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı | |  | Hizmete Başlama Tarihi: | | |
| Doğum Tarihi | |  | Hizmeti Bitirme Tarihi: | | |
| T.C.Kimlik No | |  | Hizmet Veren Birim: | | |
| Hizmete başvuran Kişi: | | | | | |
| **HİZMET SONLANDIRMA NEDENİ:** | | | | | |
|  | İyileşme | | |  | Hasta /Ailesinin Tedaviye Uyumsuzluğu |
|  | Vefat | | |  | Hasta /Ailesinin Sonlandırma Talebi |
|  | İl Dışına Taşınma (geçici/kalıcı) | | |  | Personel Güvenliğinin Tehdit Altında Olması |
|  | Ailenin Bakımı Sürdürecek Seviyeye Gelmesi | | |  | Hastanın mobil ekip tarafından takibinin uygun görülmesi |
|  | Hastanın aile hekimi tarafından takibinin uygun görülmesi | | |  | Diğer (Belirtiniz)(……………………………………………) |
| **HEKİM NOTU**  Hastanın son durum bilgileri:  Öneriler:  HEKİM  İmza-kaşe | | | | | |
| Hizmetin sonlandırıldığına dair bilgilendirildim, bir nüshasını teslim aldım.  Bildirim Yapılan Kişi Adı-Soyadı:  Yakınlık Derecesi:  İmza: | | | | | |

**NOT: Bu form iki nüsha düzenlenip, bir nüshası hasta/hasta yakınına imza karşılığı teslim edilir.**