



## DÜŞME OLAYI BİLDİRME FORMU

Döküman No	SHB.FR.04
Yayın Tarihi	01.01.2015
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	01.01.2020
Sayfa No	1/1

Bildirim Tarihi.

Hastanın

Adı-Soyadı

Yaşı

Cinsiyeti

Tanı

Düşme Tarihi

Düştüğü Yer

(Klinik, Lavabo, Koridor, Ayaktan  
Tedavi Sırasında, vb)

Bildirimi Yapan Kişinin Mesleği

Düşme Risk Skoru

Düşme Nedeni(Hasta Kaynaklı  
bakım kaynaklı, tesis kaynaklı)  
(Birden Fazla Yazılabilir)

Düşme Riskine Yönelik Alınan  
Önlemler  
(Düşme Öncesi)

Düşme Öncesi Genel Durum

Düşme Sonrası Genel Durum

Hazırlayan :  
Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan:  
Başhekim