

HASTANIN BEREBERİNDE GETİRDİĞİ İLAÇ / MALZEME TESLİM / İADE FORMU

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

HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ /MALZEME

İLAÇ/MALZEME ADI	MİADI	MİKTARI	TESLİM EDEN	TESLİM ALAN

Teslim Alan Hemşire
Adı Soyadı / İmza

Teslim Eden Hasta /Hasta Yakını
Adı Soyadı / İmza

Tarih .../.../202...

HASTAYA İADE EDİLEN İLAÇ /MALZEME

İLAÇ/MALZEME ADI	MİADI	MİKTARI	TESLİM EDEN	TESLİM ALAN

Teslim Eden Hemşire
Adı Soyadı / İmza

Teslim Alan Hasta /Hasta Yakını
Adı Soyadı / İmza

Tarih .../.../202...

Hazırlayan :
Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan:
Başhekim