



HASTA YATIŞ FORMU

Doküman Kodu	KLN.FR.021
Yayın Tarihi	04.01.2016
Revizyon No	1
Revizyon Tarihi	01.08.2018
Sayfa No	1/1

Adı Soyadı Bay Bayan
TC Kimlik No Dosya
Baba Adı Yatış Tarihi.....
Doğum Yeri ve Tarihi
Meslek:.....
Medeni Durum:.....
Eğitim Durumu:.....
Telefon Numarası.....
(En Az iki Tlf.Numarası alınız..... **Doktorun Adı Soyadı İmza ve Kaşesi:**
Adres (İş ve Ev).....
Sorumlu Yakınının Adı-Soyadı.....
Tlf.Numarası:.....
Yakınlık Derecesi.....
Tanı/Ön Tanı.....
ICD-10
Yatıran Araştırma Görevlisinin Adı-Soyadı ve İmzası
Yatıran Doktorun Adı-Soyadı ve İmza-Kaşesi
Yatacağı Bölüm, Oda No.....

Ücretli: Refakatçi Var

Resmi: Refakatçi Yok

Adli Vaka → **Acil**

Trafik Kazası

İş Kazası

Diğer Adli Vakalar

Meslek Hastalıkları

Adli Raporu Hastanemiz Dışında Tutuldu ise Hastanenin Adı ve Adresi.....

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

1-Hastanenizde kaldığım (veya hastamın hastanenizde kaldığı) süre içinde ödemem (veya hastanın ödemesi) gereken bütün ücretleri ödeyeceğimi beyan ederim.

2-İlgili doktorun gerekli göreceği bütün cerrahi ve tıbbi işlemlerle anestezi uygulamasına ve tüm invaziv girişimlere müsaade ederim.

3- Kişisel eşyalarımı koruma hakkında gerekli bilgilendirme tarafıma yapıldı.

Hastanın (veya Sorumlu Yakınının)
Adı Soyadı
Tarih / İmza