



## HASTA E YALARI VE LAÇLARI TESLİM FORMU

Doküman Kodu	KLN.FR.61
Yayın Tarihi	07.01.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1/2

Adı Soyadı:	
Dosya No:	
Bölümü:	
Oda No :	
Tanı / Hastalık Kodu :	
GYME YALARI	Cinsi:
	Adedi:
KIYMETL E YALARI	Nakit Para:
	Kredi Kartı (Cinsi ve Numarası )
	Takılar:
D ER(Protez v.s)	

Yukarıda ...../...../..... tarihinde kaydedilen ahsıma ait tüm emanetleri eksiksiz olarak teslim ettim.

Hem ire  
Teslim Alan

Hasta/Hasta Yakını  
Teslim Eden

Yukarıda teslim etti im ahsıma ait tüm emanetleri ...../...../..... tarihinde eksiksiz olarak teslim aldım.

Hem ire  
Teslim Eden

Hasta / Hasta Yakını  
Teslim Alan



## HASTA E YALARI VE LAÇLARI TESLİM FORMU

Doküman Kodu	KLN.FR.61
Yayın Tarihi	07.01.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1/2

İlaç/Malzeme Adı	İlaç/ Malzeme Miadı	İlaç/ Malzeme Miktarı	İlaç/ Malzeme Teslim Eden imza	İlaç/ Malzeme Teslim Alan mza

Teslim Alan Hemşire  
Adı Soyadı- mza

Teslim Eden Hasta/Hasta Yakını  
Adı Soyadı- mza

Tarih: .../.../201..  
Saat:

### HASTAYA ADE EDİLEN İLAÇ / MALZEME

İlaç/ Malzeme Adı	İlaç/ Malzeme Miadı	İlaç/ Malzeme Miktarı	İlaç/ Malzeme Teslim Eden imza	İlaç/ Malzeme Teslim Alan mza

Teslim Eden Hemşire  
Adı Soyadı- mza

Teslim Alan Hasta/Hasta Yakını  
Adı Soyadı- mza

Tarih: .../.../201..  
Saat:

Teslim Eden Hemşire  
Adı Soyadı- mza