

RS 20 TEDAVİ SONRASI BİLDİRİM FORMU

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
.....İli Kamu Hastaneleri Birliği  
..... Hastanesi

Sayı :

Tarih : ...../...../20.....

Konu :

..... VALİLİĞİNE  
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Aşağıda kimliği yazılı hastanın yatarak tedavisi yapılmış olup, ayaktan takip ve tedavisi için gereğini bilgilerinize arz ederim.

Başhekim

Aşağıda hakkında bilgi verilen hasta;

Hastanemize ...../...../..... tarihinde ..... İli Kamu Hastaneleri Birliği  
..... Hastanesinden ..... protokol no.lu yazı ile sevk edilmiştir.

Hastanemize ..... tarihinde sevksiz gelmiştir.

Hastanemize ..... protokol ile ...../...../..... tarihinde yatışı yapılmış.

Hastanemizden ..... protokol ile ...../...../..... tarihinde taburcu olmuştur.

Hastanemizden ...../...../..... tarihinde izinsiz olarak ayrılmıştır.

**HASTANIN:**

Adı Soyadı : ..... Cinsiyeti :  Kadın  Erkek

T.C. Kimlik No.: ..... Sosyal Güvence : .....

Telefon No.: ..... Adres: .....

**HASTA HAKKINDA BİLGİ:**

Tanısı: ..... Tanı Kodu: .....

Çıkış Nedeni:

Düşünceler:

Önerilen Tedavi:

Kontrol Tarihi: ...../...../.....

Uzm. Dr.: .....