

	T.C. D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ HASTA YATIŞ FORMU	Doküman No	AH.FR.03
		Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	--
		Sayfa No	Sayfa 1/1

Poliklinik		Yatışı Yapan Doktorun Adı Soyadı:	
Dosya No:		Arşiv No:	
Adı/Soyadı:		Başvuru Tarihi	
Baba Adı:		Yattığı Servis:	Çene Cerrahisi Servisi
D.Yeri/Tar. :		Yatış Tarihi:	
TC Kimlik No:		Yatış Saati	
Medeni Hali:		Cinsiyeti	☐ Erkek ☐ Kadın
Kan Grubu:			
Adres:			
Tel:			
Aranabilecek Yakını Adres ve Tel. No:			
Hastanın Kısa Öyküsü:			
Fiziki Muayene: Çene –Yüz Bölgesi Kırıkları ☐ Kist/Tümör ☐ Diş Ağrısı ☐			
Tanı:			
ÜCRETLİ ☐		ÜCRETSİZ ☐	

Hastaneye yatacak bütün hastaların (Çocuk olması durumunda velilerin) imzalamak zorunda olduğu koşullar:

Benim veya hastamın hastanede yattığı sürece, hastane iç kurallarındaki maddeleri bilerek ona uymak zorunda bulunduğumu, gereken tıbbi ve cerrahi tedavileri, kabul ettiğimi, herhangi bir nedenle hastane kurallarına aykırı bir harekette bulunmayacağımı bildiren bu belge hastane yönetimine tarafımdan imza edilerek verilmiştir.

Muayene, tetkik ve tedavilerimle ilgili olarak hastanenizde düzenlenen gözlem notları, röntgen filmlerini ve fotoğrafları ücretlerinin ödemiş olsak bile istemeyeceğimi kabul ederim./...../.....

Hasta veya velisi-vasisi (Adı, Soyadı, İmza)

İlgili doktorun tavsiyelerine aykırı olarak hastamı hastanenizden çıkartıyorum. Bütün sorumluluğu kabul ediyorum.

...../...../.....

Hasta veya velisi- vasisi

(Adı, Soyadı, İmza)