|  |  |
| --- | --- |
| indir |  **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ** **HASTANE GİRİŞ KAĞIDI**  |
| **KODU** | **HB.FR.11** | **YAYIN TARİHİ** | **01.11.2018** | **REVİZYON TARİHİ** | **18.11.2021** | **REVİZYON NO** | **01** | **SAYFA SAYISI** | **08** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ARŞİV NO |  | HASTA GİRİŞ TARİHİ | ....../...../20... |
| Poliklinik Adı |  | Hastanın Adresi: |
| Poliklinik Kayıt No |  |
| **HASTANIN** | Hastanın Telefonu  |  |
| Adı Soyadı | **BARKOD** | Başvurulacak Yakını |  |
| Baba Adı | Yakınının Adresi: |
| T.C. Kimlik No |
| Doğum Yeri ve Tarihi | Yakınının Telefonu |  |
| HASTANIN TANISI |  |
| YATIŞ SÜRECİNDE ALINACAK ÖNLEMLER : |
| YATIRILACAK BÖLÜM  |  |
| Yatış Kararı Veren Hekimin |
|  Adı Soyadı İmza(Veya Hekim Kaşesi) |  |
| Adli Vaka Mı? |  Evet Hayır |
| Servise Yattığı Saat |  ....... : ........ |
| Servis Sorumlusunun Adı Soyadı - İmza |  |
| Hastaneye yatacak bütün hastaların (çocuk olması durumunda velilerin) imzalanacak zorunda olduğu koşullar benim veya hastamın hastanede yattığı sürece, hastane iç kurallarındaki maddeleri bilerek ona uymak zorunda bulunduğumu, gereken tıbbi ve cerrahi tedavileri kabul ettğimi herhangi bir nedenle hastane kurallarına aykırı bir harekette bulunmayacağımı bildiren bu belge hastane yönetimine tarafımdan imza edilerek verilmiştir. ....../......./20...... Hasta veya Velisi (Adı,Soyadı, İmza) |
| **NOT:** Yatan her hasta, 2 adet kimlik fotokopisini kat sekreterliğine teslim eder. |

|  |
| --- |
| **Emanet Eşya Torba No:** |
| **EŞYA** | **ADET** | **EŞYA** | **ADET** | **EŞYA** | **ADET** |
| **1** | Pantolon |   | **9** | Palto |   | **17** | Kuşak |   |
| **2** | Entari |   | **10** | Atkı |   | **18** |   |   |
| **3** | Gömlek |   | **11** | Kazak  |   | **19** |   |   |
| **4** | Don |   | **12** | Kemer |   | **20** |   |   |
| **5** | Çorap |   | **13** | Başörtü  |   | **21** |   |   |
| **6** | Ayakkabı |   | **14** | Yelek |   | **22** |   |   |
| **7** | Fanila |   | **15** | Manto |   | **23** |   |   |
| **8** | Ceket |   | **16** | Şapka |   | **24** |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Emanet Eşya Defter No: ................................................ |  | Tarih: ....../......./20...... |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bu Kağıtta Yazılı Eşyayı Teslim Aldık. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bölümün Sorumlu Hemşiresi | Hasta Emanet Eşya |  | Hastanın veya  |  |
| Adı Soyadı ve İmzası | Depo Sorumlusu |  | Yakınının İmzası |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Teslim Edenlerin İmzası |   |   | Beraberindeki İmzası |   |
| Hasta |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bu kağıtta yazılı emanet eşyayı teslim aldık. |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bölümün Sorumlu Hemşiresi | Hasta Emanet Eşya |  | Hastanın veya  |  |
| Adı Soyadı ve İmzası | Depo Sorumlusu |  | Yakınının İmzası |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Teslim Alan:**  |
|
|
|
|