

Hasta Kayıt No:	:
Protokol No	:
Adı Soyadı	:
Cinsiyeti	: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Doğum Tarihi	:
Bölüm	:
Tarih	:

## HASTA TEDAVİSİNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME FORMU

..... TC Kimlik No / Pasaport No'lu ..... isimli

hastamızın, ...../...../..... - ...../...../..... tarih aralığında .....

Hastanesi ..... Bölümü'nde ayaktan tedavisi devam edecektir. Hastamızın

tedavisine devam etmesi hayati öneme haizdir.

COVİD-19 önlemleri kapsamında hastanın düzenli tedavisine gelebilmesi için bu belge hazırlanmıştır.

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

Hekim Ad Soyad ve İmza: .....

Hasta Ad Soyad ve İmza: .....

Hasta Yakını Ad Soyad ve İmza: .....