

**RS 30 AYAKTAN TAKIP EDİLEN HASTALAR HAKKINDA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
GÖNDERİLEN BİLGİ FORMU**

TC
.....VALİLİĞİ
(.....Sağlık Ocagi Tabipligi)
(..... Devlet Hastanesi)

Sayı :
Konu :

Tarih :/...../200

.....Sağlık Müdürlüğüne,

..... içinde Sağlık Müdürlüğü'nden kuruluşumuza ayaktan takip ve kontrol için gönderilen hastalar hakkında bilgi aşağıda belirtilmiştir.
Bilgilerinize arz ederim.

HASTALAR HAKKINDA BİLGİ

Adi Soyadi Dogum Tarihi	Protokol No	Cinsiyeti	Tani Kodu	Hastaneden Çikis Tarihi	Son Kontrol Tarihi	Kontrol Uyumu	Genel Durumu
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Düzenleyen

Bashekim