

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	PH.FR.09
		YAYIN TARİHİ	09.12.2024
		REVİZYON NO	0
	PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI YATAN HASTA İZİN FORMU	REVİZYON TARİHİ	-
		SAYFA NO	1/2

HASTA ADI/SOYADI:

DOSYA NUMARASI:

TC KİMLİK NO:

...../...../..... tarihlerinde saat /..... arası hastaneden izinli olarak ayrılmak istemekteyim /istemekteyiz. Hastalığım ve tedavim hakkında gerekli uyarılar ve öneriler yapılmıştır. Ölüm dahil bütün riskler tarafıma / tarafımıza anlaşılır şekilde anlatılmıştır. Hastalığım ve tedavim ile ilgili gerekli uyarıları ve önerileri anladım. Bütün sorumluluğu kabul ederek hastaneden izinli olarak ayrılıyorum/ayırıyoruz.

İzinli geçireceği adres:

Hasta Telefon numarası:

İletişime geçilecek yakını ad/ soyad:

Telefon no:

DOKTOR

AD/ SOYAD:

İMZA:

SAAT:

HEMŞİRE

AD/ SOYAD:

İMZA:

SAAT:

HASTA/ HASTA YAKINI

AD/ SOYAD:

İMZA:

SAAT: