

 HG HOSPITAL Hayatınız Güvende	HASTA İLAÇLARI TESLİM FORMU		Doküman Kodu:	İY FR 07
			Yayın Tarihi:	15.01.2025
			Revizyon No:	0
			Revizyon Tarihi:	0
			Sayfa No:	1
İlaç Adı	İlaç Miadı	İlaç Miktarı	İlaç Teslim Eden İmza	İlaç Teslim Alan İmza

Teslim Alan Hemşire
Adı Soyadı- İmza

Teslim Eden Hasta \ Hasta
Yakını
Adı Soyadı-İmza

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

Saat:

HASTAYA İADE EDİLEN İLAÇLAR

İlaç Adı	İlaç Miadı	İlaç Miktarı	İlaç Teslim Eden İmza	İlaç Teslim Alan İmza

Teslim Alan Hemşire
Adı Soyadı- İmza

Teslim Eden Hasta \ Hasta
Yakını
Adı Soyadı-İmza

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

Saat: