**ODTÜ KAMPÜS DAHİLİNDE VERİLEN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ FORMU**

**HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ**  **TARİH: .... / .... / ............**

**ADI:** ..................................................... ..................... **SOYADI:** ..................................................... ..........................................................

**ADRES:** ..................................................... ................................................................................................... ...................................... ...........................

**TC / SİCİL NO:** ...................................................... **TEL NO:** ..................................................... ..........................................................

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ (TANI):** ..................................................... ................................................................................................... ..

..................................................... ................................................................................................... ..................................................... .............................

**HATANIN REÇETE BİLGİLERİ:**

**VERİLİŞ TARİHİ:** ..................................................... ........................... **HEKİM:** ..................................................... .........................................

**VERİLEN KURUM:** ..................................................... ...................... **PROTOKOL NO:** .................................................................... .........

**UYGULANACAK TEDAVİ:** ..................................................... ...............................................................................................................................

..................................................... ................................................................................................... ..................................................... .............................

 **UYGULANAN TEDAVİDEN KAYNAKLANAN OLUŞABİLECEK TÜM KOMPLİKASYONLARI KABUL EDİYORUM.**

**HASTA YA DA HASTA YAKINININ ADI SOYADI:**

**İMZA:**

**EVDE SAĞLIK HİZMETİNİ ONAYLAYAN (GÖNDERME ONAYI)
BAŞHEKİM, BAŞHEKİM YARDIMCISI, İLKYARDIM ÜNİTESİ SORULU HEKİMİ:**

**İMZA:**

**UYGULANACAK TEDAVİ PLANI**

 [ ]  EV [ ]  SRM

**AÇIKLAMA:** ..................................................... ........................... ..................................................... ........................... .....................................................

.................... ..................................................... ........................... ..................................................... ........................... ..................................................... ......

**İŞLEMİ UYGULAYAN SAĞLIK GÖREVLİSİ:**

**İMZA:**