

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	EKG DEFTERİ							
2	Sıra No	Tarih	Hastanın Adı Soyadı	Yaş	Cinsiyet	İstem Yapan Doktor	Düşünceler	EKG Yapan Personel Adı Soyadı İmza
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9	Form Kod No:AS-DKF-03							
10	Rev No:00/Rev. Tar.:...							