



KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI

Doküman No: İY-FR-10
Yayın Tar. : 11.07.2025
Revizyon No : 01
Revizyon Tar. : 06.08.2025
Sayfa No : 1/1

HASTANIN KULLANDIĞI VE BERABERİNDE GETİRDİĞİ İLAÇ TESLİM FORMU

HASTA ADI SOYADI:
PROTOKOL NO::

DOĞUM TARİHİ:
TARİH:

BÖLÜM:
SAAT:

☐ HASTA İLAÇLARINI HATIRLAMİYOR

HASTA KABULÜ ESNASINDA

TABURCULUKTA

NO	HASTANIN KULLANDIĞI İLAÇLAR VE DOZU	İLACIN SIKLIĞI	TESLİM ALINAN ADET	SON KULLANMA TARİHİ	HER İLAÇ İÇİN ECZACI ONAYI	İLAÇ REDDEDİLDİYSE REDDİDİLME SEBEBİ	YURT DIŞINDAN GELEN HASTALAR İÇİN TÜRKİYE'DEKİ KARŞILIĞI	HASTAYA İADE EDİLEN İLAÇ MİKTARI
1	☐ Yanında değil							
2	☐ Yanında değil							
3	☐ Yanında değil							
4	☐ Yanında değil							
5	☐ Yanında değil							
6	☐ Yanında değil							
7	☐ Yanında değil							
8	☐ Yanında değil							
9	☐ Yanında değil							
10	☐ Yanında değil							
11	☐ Yanında değil							
12	☐ Yanında değil							
13	☐ Yanında değil							
14	☐ Yanında değil							
15	☐ Yanında değil							
16	☐ Yanında değil							
17	☐ Yanında değil							
18	☐ Yanında değil							
19	☐ Yanında değil							
20	☐ Yanında değil							

HASTANIN KABULÜ

Kullanmakta olduğum ilaçlar ile ilgili vermiş olduğum tüm bilgilerin eksiksiz/doğru olduğunu onaylıyorum.

Teslim Eden Hasta/Hasta Yakını Adı Soyadı:

İmza:

Teslim Alan Hemşire Adı Soyadı:

İmza:

HASTANIN TABURCULUĞU

Teslim Eden Hemşire Adı Soyadı :

İmza:

Teslim Alan Hasta/Hasta Yakını Adı Soyadı:

İmza:

Hasta veya yakınından teslim alınan ilaçlar dışında, taburculukta teslim edilen ilaçlar varsa yazınız.

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.