Özel Ekol Hastanesi
KURUM İÇİ İLAÇ İADE FORMU

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
İY.FR.07	02.03.2016	03	15.01.2026	1 / 1

İADE NEDENİ Tarih:……/……./20……

☐ Taburcu Hasta Adına İlaç İade ☐ Miyadı Dolan veya Yaklaşan İade

☐ Hasta Adına İlaç İade ☐ Diğer;……

Hasta Protokol No	
Hasta Adı Soyadı	
Servis Adı	
Servis Sorumlusu Adı Soyadı	

İlaç/Malzeme Adı	Formu/Cinsi	Miyadı	Miktarı

Teslim Eden Ad-Soyad/İmza Teslim alan Ad-Soyad/İmza

Kontrol Eden Ad-Soyad/İmza
Tedavi ve Bakım Hiz. Md.