



Özel Ekol Hastanesi
KBB POLİKLİNİĞİ
AMELİYAT HASTASI
BİLGİLENDİRME FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı

Hastanın Adı-Soyadı:	
Yapılacak Ameliyat:	
Tetkikler için hastaneye geleceği tarih:	
Ameliyat Tarihi:	
Açıklamalar:	

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.YD.27</i>	<i>06.11.2017</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 1</i>