



Özel EKOL HASTANESİ
İNSAMİNASYON TAKİP FORMU



KİMLİK BİLGİLERİ

PROTOKOL NO : _____ DOĞUM TARİHİ : _____
ADI SOYADI : _____ KAN GRUBU : _____
TARİH : _____

ÖZGEÇMİŞ

TANI

MUAYENE BULGUSU:

USG:

MÜDAHALE SERVİSİ:

YIKAMA ÖNCESİ-SONRASI SPERMİYOGRAM SONUCU:

HASTANIN ASI-SOYADI

EŞİNİN ADI-SOYADI

HEKİMİN ADI-SOYADI

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.FR.60</i>	<i>27.02.2013</i>	<i>02</i>	<i>09.02.2016</i>	<i>1 / 2</i>



Özel EKOL HASTANESİ
İNSAMİNASYON TAKİP FORMU



Hazırlayan	Hazırlayan	Kontrol Eden	Kontrol Eden
Tedavi ve Bakım Hiz. Müd. Yeşim İNCİ	Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Cemşah YAYICI	Hastane Müdürü Mustafa IŞIK ALSÜ	Tedavi ve Bakım Hiz. Müd. Yeşim İNCİ
Son Kontrol		Onay	
Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. İnciye Çoğlar		Başhekim Op. Dr. Süleyman Gazioglu	

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.FR.60	27.02.2013	02	09.02.2016	2 / 2