



Özel **EKOL HASTANESİ**  
HASTA KABUL FORMU



**HASTA BİLGİLERİ**

Adı Soyadı :		TC Kimlik No. :	
Cinsiyeti / Yaşı :		Hasta Kabul No. :	
Doğum Yeri :		Poliklinik :	
Doğum Tarihi :		Poliklinik Kayıt No. :	
Baba Adı :		Muayene Tarihi :	
Medeni Hali :			
Eğitim Durumu :			
Mesleği :			
Adresi :			
Kurumu :			
Hastanın Yetki Verdiği Kişiler / Refakatçisi:			
Hastanın Bilgi Gizliliği ve/veya Ziyaret Yasağı Talebi: HAYIR: <input type="checkbox"/> EVET: <input type="checkbox"/>			

**YATIŞ BİLGİLERİ**

Tanımlar / Ön Tanımlar :	
Yatırılacak Bölüm :	
Hastayı Yatıran Doktor :	

**Doktor / İmza**

**Hastaneye Yatışı Yapılacak Tüm Hastaların (Çocuk Olması Halinde Velisinin) İmzalamak Zorunda Olduğu Koşullar;**

Benim veya hastamın hastanede yattığı süre boyunca, hastane iç kurallarındaki maddeleri bilerek bu maddelere uymak zorunda olduğumu, gereken tıbbi ve cerrahi tedavileri kabul ettiğimi, herhangi bir nedenden hastane kurallarına aykırı harekette bulunmayacağımı bildiren bu belge, hastane yönetimine tarafımdan imza edilerek verilmiştir.

**Tarih:**

**Hasta veya Velisi  
(Adı Soyadı - İmza)**

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
HB.FR.16	01.03.2021	01	28.04.2023	1 / 1