



GENEL ADLİ MUAYENE RAPOR
FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.FR.51	1.01.2008	1	21.01.2016	1/3

Seri No:....

Rapor No:.....

Raporun Tanzim Tarihi ve Saati:/...../20.... Saat:

..... CUMHURİYET BAŞSAVCILIĞINA,
..... EMNİYET AMİRLİĞİNE/MÜDÜRLÜĞÜNE,
..... JANDARMA KOMUTANLIĞINA,

Gönderen Makam:
Resmi yazı Tarihi:
Resmi yazı No:

Muayene Edilenin;
Adı Soyadı:.....
Baba Adı:.....
Doğum Yeri-Tarihi:

Muayeneye getiren güvenlik görevlisinin;

Yaka Sicil No:.....
Adı Soyadı:.....

TC Kimlik No:
Cinsiyeti: Erkek Kadın
Mesleği:
Sol Kolu Mühürlü: Erkek Kadın

Muayene edilenin Tıbbi Kimliği(geçerli kimlik belgesi olmayanlar için doldurulacaktır.)

Olayın Tarihi:.....

Olayın Saati:.....

Olayın Öyküsü:(olayın oluş şekli ile ilgili iddialar, muayene edilenin kendi ifadesi ile yazılacaktır.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Muayene Edilenin Şikayeti:(olay sonrası oluşan bedeni ve ruhi şikayetler muayene edilenin kendi ifadesi ile yazılacaktır)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Özgeçmişi:

.....
.....
.....
.....
.....

Soygeçmişi:

.....
.....
.....
.....

Muayene Tarihi:

Muayene Saati:

Muayene Bulguları:(Lezyonbulunan bölgeyi işaretleyip,bu lezyonları diyagramda gösteriniz ve özelliklerini tanımlayınız)

Baş-Boyun Göğüs Batin Sırt Üst Ekstremitte Alt Ekstremitte Genital

.....
.....
.....
.....

Not:Bu Form üç (3) sayfadan oluşur ve her sayfası üç (3) Nüshadır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.FR.51	1.01.2008	1	21.01.2016	2/3

Seri No:....

*** Sistem Muayeneleri:** (Tespit edilen bulgu ile ilgili sistemi işaretleyiniz ve açıklayınız)Merkezi Sinir Sistemi Kalp Damar Sistemi Solunum Sistemi Sindirim Sistemi Ürogenital Sistem Kas iskelet Sistemi Duyu

Genel durumu: Bilinci: ,Tansiyon arteryel: ,Nabız: ,Solunum: ,Pupiller: ,Işık refleksi:, Tendon refleksi :

.....
.....
.....
.....
.....

***Psikiyatrik Muayene:**(Aşağıdakisemptonlardan birini ve birkaçını tespit ettiğinizde psikiyatri konsültasyonu isteyiniz ve görüş belirtiniz)

<input type="checkbox"/> Anksiyete (Korku ,panik, huzursuzluk vb.)	<input type="checkbox"/> Depresyon (Üzüntü ,karamsarlık, bellek ve uyku bozukluğu vb.)	<input type="checkbox"/> Psikotik Belirtiler (Halüsinasyon, hezeyan vb.)	<input type="checkbox"/> Bilinç Bozukluğu (Konfüzyon vb)
---	---	---	--

Konsültasyon(Konsültasyona gerek yoksa muayene eden doktorun görüşü):.....

.....
.....
.....
.....
.....

Konsültan Tabip: Dr..... İmza:.....

Dr.Diplama No: Mühür.....

İstenilen Diğer Konsültasyonlar:(istenilen konsültasyonları buraya yazınız.Konsültasyon muayene bulgularını yazılmak üzere

Konsültasyon Muayene Formu'nu ilave ediniz.Konsültasyon bulgularına ,raporun sonuç kısmında özetle yer veriniz.)

.....
.....
.....

***Tetkikler :** (Aşağıda belirtilenlerden istediğiniz tetkikleri işaretleyiniz ve sonuçlarını yazınız)Laboratuvar Direk Grafi Bilgisayarlı Tomografi/MR USG Sintigrafi Biyopsi Diğer:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SONUÇ:(Bu kısmı, Genelge ve Rehberde belirtilen hususları dikkate alarak doldurunuz. Tıbbî terimleri kısaltma yapmadan tam olarak yazınız. Boş kalan kısımları çizerek iptal ediniz.Talep edilmişse veya gerek görülmüşse, kişinin ALKOL MUAYENESİ sonucunu bu kısımda belirtiniz.)Bir başka sağlık kuruluşuna sevkine; Gerek görülmedi Gerek görüldü (Gerekçesini aşağıda açıklayınız)Kesin rapor Durumu bildirir geçici rapor

.....
.....

Muayeneyi Yapan Dr:..... İmza:.....

Dr.Diploma No: Mühür.....

Raporu Teslim Alanın Adı Soyadı:..... Yaka/Sicil No:.....

Bağlı Olduğu kurum: Tarih:..... Saat:.....

*Muayene edilenin cevaplmasına bağlı olan konularda zorlamaya gidilmeyecek,ilgili bölüm "**Cevap Vermiyor**" şeklinde doldurulacaktır.

**Oluşa, iddiaya,talebe veya muayene bulgularına göre gerekli görülenler yapılacaktır.

Not:Bu Form üç (3) sayfadan oluşur ve her sayfası üç (3) Nüshadır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
HB.FR.51	1.01.2008	1	21.01.2016	3/3

Seri No:....

Muayene Edilenin ;

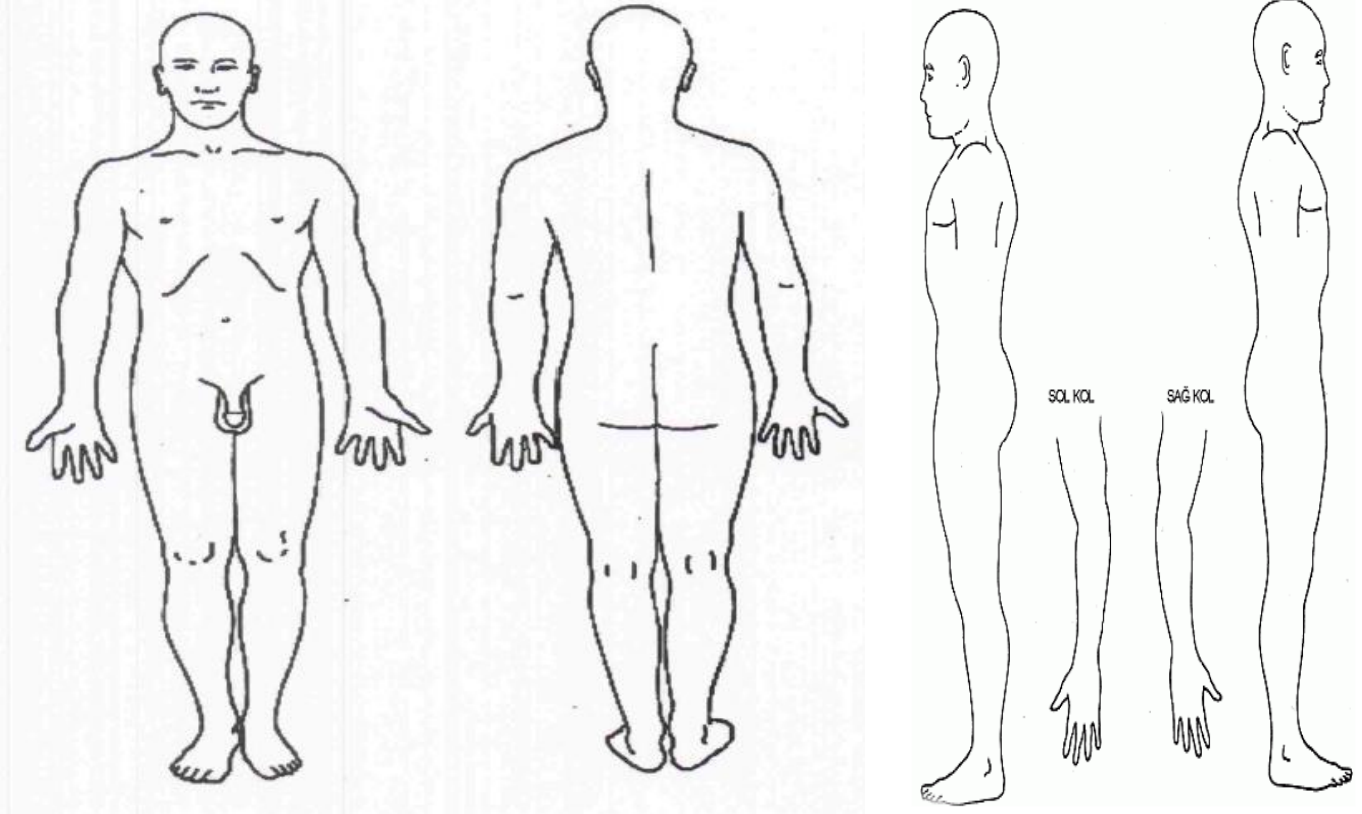
Rapor Tarihi:.....

Adı Soyadı:.....

Rapor No:.....

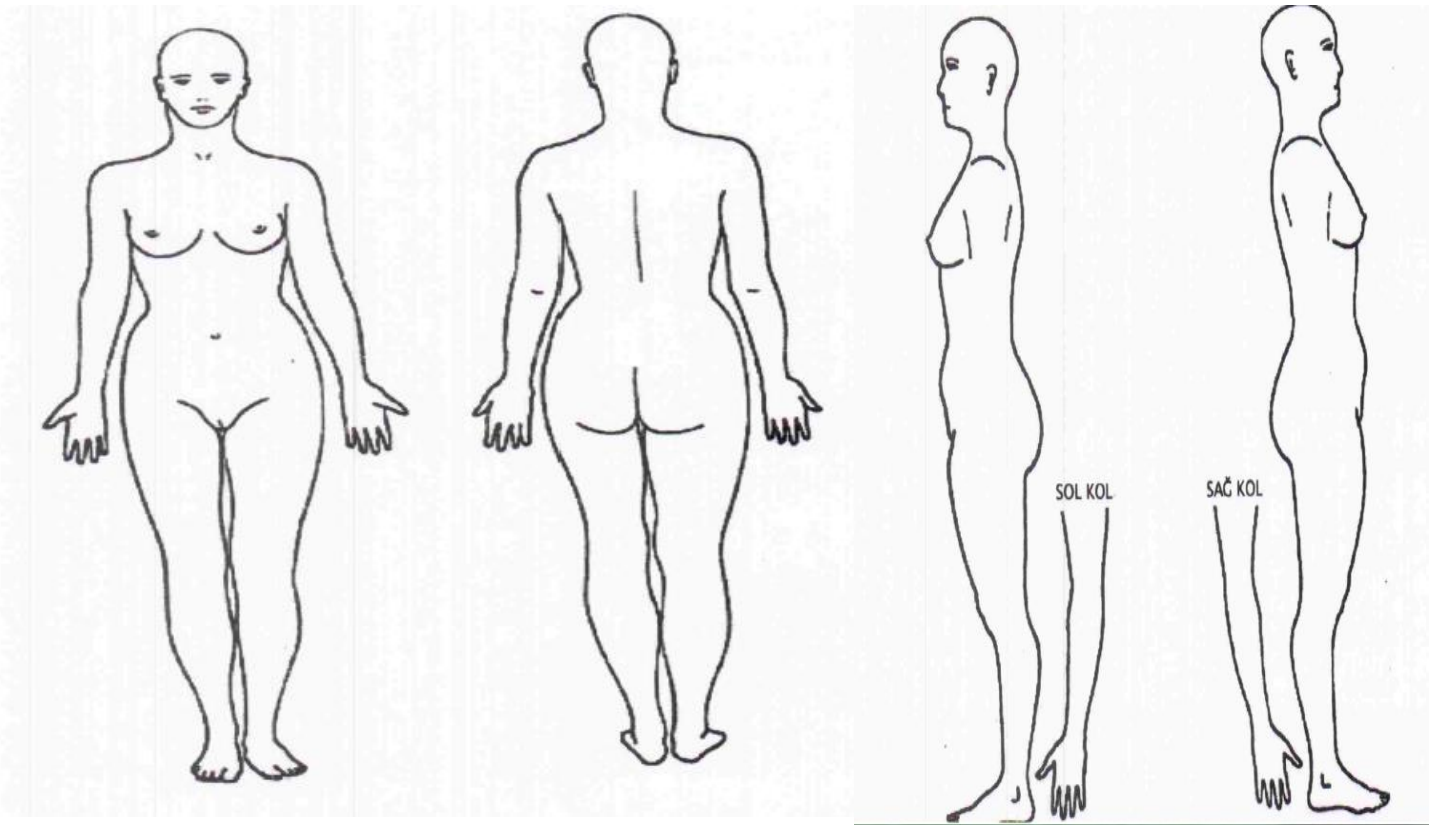
Erkek Sağ

Erkek Sol



Kadın Sağ

Kadın Sol

**Not:Bu Form üç (3) sayfadan oluşur ve her sayfası üç (3) Nüshadır.**