



Özel Ekol Hastanesi
KONSÜLTASYON FORMU



Hastanın Adı-Soyadı:

Tanı:

Planlanan Ameliyat :

Planlanan Ameliyat Tarihi:

Sayın Uzmanına;
Hastanın pre-op değerlendirilmesi ve önerileriniz rica olunur.

Prof. Dr. Erol YALNIZ

KONSÜLTAN GÖRÜŞÜ:

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.FR.73</i>	<i>23.09.2017</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 1</i>