



**Özel Ekol Hastanesi**  
**BEBEK TESLİM / BEBEK AYAK İZİ FORMU**



**Doktorun Adı-Soyadı:**

**Annenin Adı-Soyadı:**

**DOĞUM BİLGİLERİ**

**Doğum Tarihi:**

**Doğum Saati:**

**Bebeğin Cinsiyeti:**

**Bebeğin Kilosu:**

**Bebeğin Boyu:**

**Bebeğin Baş Çevresi:**

**Hepatit B (-) :**

**K vit (-) :**

**İdrar (-):**

**Mekonyum (-):**

**NOTLAR**

..... tarihinde, ..... saatinde, ..... gram ağırlığında, ..... cm boyunda, .....  
cm baş çevresi ölçülerinde canlı ..... bebek ..... ile doğmuştur.

1-5 dakika apgarı ..... olan bebeğin ..... ve ..... aşıları  
intramüsküler olarak uygulanmıştır.

**Doküman No**

**DH.FR.01**

**Yayın Tarihi**

**01.01.2008**

**Revizyon No**

**05**

**Revizyon Tarihi**

**18.12.2023**

**Sayfa No**

**1 / 2**



**Özel Ekol Hastanesi**  
**BEBEK TESLİM / BEBEK AYAK İZİ FORMU**



**BEBEK AYAK İZİ**

**ANNE PARMAK İZİ**

*\*Bebek ayak izi alınırken, Sol ayağı olmasına özen gösteriniz.*

*\*Anne parmak izi alınırken, Sol elin başparmağı olmasına özen gösteriniz.*

**Doğuma Yardım Eden**  
Ebe-Hemşire / İmza

**Doğumu Gerçekleştiren Doktor**  
Kaşe / İmza

**Bebeği Teslim Eden Personel**  
Ad-Soyad / İmza

**Bebeği Teslim Alan Anne / Baba**  
TCKN:

Ad-Soyad / İmza

**Doküman No**  
DH.FR.01

**Yayın Tarihi**  
01.01.2008

**Revizyon No**  
05

**Revizyon Tarihi**  
18.12.2023

**Sayfa No**  
2 / 2