



Özel EKOL HASTANESİ
ENDOSKOPİ ÜNİTESİ İSTEK FORMU



HASTA BİLGİLERİ

Hasta Adı Soyadı :

Yaşı :

Telefon No. :

Hastaya ait barkod yapıştırınız.

İSTENEN İŞLEM

Üst Gastrointestinal
Endoskopi

Rektoskopi -
Sigmoidoskopi

Kolonoskopi

ENDİKASYON

KLİNİK BİLGİLER VE RADYOLOJİK BULGULAR

Doktor Kaşe / İmza

DİĞER BİLGİLER

HBsAg

HIV

KOAH

Antiagregan İlaç Kul.

Anti HCV

Operasyon Öyküsü

Kalp Yetmezliği

Antikoagülan İlaç Kul.

Randevu Tarihi:

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.FR.77</i>	<i>24.10.2018</i>	<i>01</i>	<i>12.04.2022</i>	<i>1 / 1</i>