



Özel **Ekol Hastanesi**
CENAZE KİMLİK KARTI



Adı Soyadı	
Baba Adı:	
TCKN:	
Doğum Tarihi ve Yeri:	
Yatış Tarihi/Protokol	
Ex Oluş Tarihi Ve Saati	
Teşhis	
Adres/İletişim No	
Teslim Alacak Yakını (Yasal Temsilci)	
Adli Vakadır <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>
Savcı Gördü <input type="checkbox"/>	Savcı Görmedi <input type="checkbox"/>
Ölümü Tespit Eden Dr. Adı Soyadı-imza	
Hazırlayan Adı Soyadı – imza	
Teslim Eden Adı Soyadı-İmza	Teslim Alan Adı Soyadı-İmza

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Rev. Tarihi	Sayfa No
YS.FR.01.	17.06.2014	03	01.01.2023	1/1