



Özel Ekol Hastanesi
KONSÜLTASYON FORMU



Hastanın Adı-Soyadı:
Tanı:
Planlanan Ameliyat :
Planlanan Ameliyat Tarihi:

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

Prof.Dr.Erol YALNIZ

KONSÜLTAN NOTU:

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.FR.90</i>	<i>12.08.2020</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 1</i>