

Hastanın Adı Soyadı: .....Ziyaret:		TC. Kimlik No: Tarih:...../...../..... Saat:...../.....	
Hastanın Sistemik Değerlendirilmesi:			
Vücut Sıcaklığı(°c):..... Kan Basıncı(mmHg):..... Nabız:...../dk Solunum:.....			
Parenteral Uygulamalar:.....			
	VAR	YOK	AÇIKLAMALAR
1-Kronik Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2-Geçirilmiş hastalıklar/Ameliyatlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-Alerji durumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4-Hamilelik durumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5-Devamlı kullanılan ilaç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6-Oral Hijyen Alışkanlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7-Belirtmek istediğiniz başka bir hastalık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hekim değerlendirmesi:			
Muayene			
55 54 53 52 51		61 62 63 64 65	
18 17 16 15 14 13 12 11		21 22 23 24 25 26 27 28	
48 47 46 45 44 43 42 41		31 32 33 34 35 36 37 38	
85 84 83 82 81		71 72 73 74 75	
ADSM' ye nakil ihtiyacı	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Konsültan Hekim Muayenesi İhtiyacı Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
Var ise, Nedeni:		Var ise, Nedeni:	
Bir sonraki ziyaret planı var ise, Takiben yapılması gereken tedaviler:			
55 54 53 52 51		61 62 63 64 65	
18 17 16 15 14 13 12 11		21 22 23 24 25 26 27 28	
48 47 46 45 44 43 42 41		31 32 33 34 35 36 37 38	
85 84 83 82 81		71 72 73 74 75	
Bir sonraki randevu tarihi: ...../...../.....		Saat: ...../.....	
Oral Hijyen Eğitimi Verilmiştir. <input type="checkbox"/>			
Ziyareti Yapan Dış Hekimi		Ziyaret Esnasında Hazır Bulunan Yakını	
Adı Soyadı:		Adı Soyadı:	
İmza:		İmza:	
Tarih: Evrakın elektronik imzalı suretine <a href="http://e-belge.saglik.gov.tr">http://e-belge.saglik.gov.tr</a> adresinden e6324cb5-1b3c-41b8-8dce-6a7f1af382ce kodu ile erişebilirsiniz.			
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.			