



UZ. DR. İREM OLCAY YILMAZ
ACIL TIP UZMANI | EMERGENCY MEDICINE SPECIALIST

EPIKRİZ RAPORU

Hasta Adı Soyadı		Yatış Tarihi/...../.....
Dosya No		Taburcu Tarihi/...../.....
T.C. Kimlik No		Taburcu Şekli	(<input type="checkbox"/>) Şifa İle (<input type="checkbox"/>) Nakil (<input type="checkbox"/>) Hastanın isteği ile (<input type="checkbox"/>) Ölüm (<input type="checkbox"/>) Diğer.....
Doğum Tarihi/...../.....		
Doğum Yeri		Fiziksel ve Diğer Bulgular	
Yatış Sebebi		Eşlik Eden Hast.	
Tanılar		Kontrol Tarihi/...../.....
		Kontrol Yeri	

Uygulanan Diagnostik ve İyileştirici İşlemler (Liste halinde epikriz ekinde verilebilir.)

--

Taburcu Sonrası Verilen İlaçlar

--

Taburcu Sonrası Bakım Planı ve Öneriler

--

Hekim Adı Soyadı

İmza

Yazılan "Epikriz Raporu" nun bir nüshasını teslim aldım.

Hasta- Hasta Yakını

İmza