



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PATOLOJİ İSTEM VE TESLİM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
AH.FR.01	OCAK 2024	0	0	1

Tarih	
TC Kimlik No	
Hastanın Adı-Soyadı	
Doğum Tarihi	
Cinsiyet	
Telefon No	
Gönderilen Materyal	
Klinik Ön Tanı	
Klinik Bulgular	
Materyalin Alındığı Yer/Bölge	
Örneğin Alınış Şekli	
Gönderen Klinik	
Gönderen Hekim Adı Soyadı İmza	

KURUMDAN HASTAYA TESLİM TUTANAĞI

HASTA ADI SOYADI	TARİH	ALINAN NUMUNE	TESLİM EDEN AD-SOYAD İMZA	TESLİM ALAN AD- SOYAD İMZA

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN