

**RS 30 AYAKTAN TAKIP EDİLEN HASTALAR HAKKINDA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
GÖNDERİLEN BİLGİ FORMU**

TC  
..... VALİLİĞİ  
.....Aile Hekimliği Birimi )  
..... Devlet Hastanesi)

Sayı :  
Konu :

Tarih : ...../ ..... /200

.....Sağlık Müdürlüğüne

..... - ..... içinde Sağlık Müdürlüğü'nden kuruluşumuza ayaktan takip ve kontrol için gönderilen hastalar hakkında bilgi aşağıda belirtilmiştir. Bilgilerinize arz ederim.

**HASTALAR HAKKINDA BİLGİ**

Adı Soyadı Dogum Tarihi	Protokol No	Cinsiyeti	Tanı Kodu	Hastaneden Çıkış Tarihi	Son Kontrol Tarihi	Kontrole Uyumu	Genel Durumu
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Düzenleyen

Başhekim/  
Aile  
Hekimi