

HD.FR.05	06.10.2017	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/1
<b>Sağlık Kurum/Kuruluşunun Adı</b>  MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ		<b>Poliklinik Defter Sıra Numarası</b>  .....		
<b>Hastanın Adı-Soyadı</b>  .....		<b>Hastanın T.C. Kimlik Numarası</b>  .....		
<b>Hastanın Viziteye Çıktığı Tarih ve Saat</b>  Tarih: ...../...../.....  Saat: ...../.....		<b>Hastanın Tanısı</b>		
<b>Hastanın Tedavisi</b>		<b>Hastanın Tedavisinin Bittiği Tarih ve Saat</b>  Tarih: ...../...../.....  Saat: ...../.....		
<b>Hastanın Çalışabileceği Tarih</b>  ...../...../.....		<b>İlgili Hekimin İmza ve Kaşesi</b>		

**NOT:Bu form süresi 1 veya 2 gün olan istirahat raporları için tek nüsha olarak düzenlenmiştir.**