

AMELİYAT RANDEVU FORMU

Tarih: ___/___/_____

Hasta Adı – Soyadı : _____

Tanı : _____

Yapılacak Ameliyat : _____

Ameliyat Tarihi : _____

Sorumlu Öğretim Üyesi : _____

Lütfen ___/___/20___ tarihinde hastanemiz ilk kayıt bölümünden sıra alarak saat 08.30'da aç karnına Kulak Burun Boğaz Polikliniğinde olunuz.

Ameliyat randevusu ile ilgili bir sorun olursa; şahsen polikliniğe gelerek veya **444 4 228** (dahili **2740**) nolu telefonu arayarak bildiriniz.

HE.FR.05/Rev00/19.02.2020

AMELİYAT RANDEVU FORMU

Tarih: ___/___/_____

Hasta Adı – Soyadı : _____

Tanı : _____

Yapılacak Ameliyat : _____

Ameliyat Tarihi : _____

Sorumlu Öğretim Üyesi : _____

Lütfen ___/___/20___ tarihinde hastanemiz ilk kayıt bölümünden sıra alarak saat 08.30'da aç karnına Kulak Burun Boğaz Polikliniğinde olunuz.

Ameliyat randevusu ile ilgili bir sorun olursa; şahsen polikliniğe gelerek veya **444 4 228** (dahili **2740**) nolu telefonu arayarak bildiriniz.

HE.FR.05/Rev00/19.02.2020