



Hastanın Adı-Soyadı:	Cinsiyeti: ☐ E ☐ K
Doğum Tarihi:	Kimlik No:
Hasta ID No:	Servis:
Yukarıda kimlik bilgileri bulunan hastamız/...../..... ve/...../..... tarihleri arasında Hastanemizden izinli olarak ayrılmak istemiştir. Hastalığı ve tedavisi ile ilgili gerekli uyarılar / öneriler yapılmıştır. Sağlığı açısından izinlii olarak hastaneden ayrılmasında sakınca yoktur. Doktorun Adı-Soyadı: İmza Tarih-Saat:	
Hastalığım ve tedavimle ilgili gerekli uyarıları / önerileri anladım, sorumluluk üzerimde olmak üzere/...../..... ve/...../..... tarihleri arasında izinli olarak çıkmak istiyorum. İznini Geçireceği Adres : Telefon: İletişime Geçilebilecek Bir Yakınının Adı Soyadı: Telefonu: Hastanın Adı-Soyadı: İmza Tarih-Saat:	
Servisten Ayrıldığı Tarih-Saat:	Servise Döndüğü Tarih-Saat:
Hemşirenin Adı-Soyadı:	Hemşirenin Adı-Soyadı:
İmza	İmza

Not: Bu form 2 nüsha otokopili olacaktır. Bir nüsha hasta dosyasında, ikinci nüsha hastada kalacaktır.