



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

EX. CENİN BEBEK TESLİM TUTANAĞI

Annenin Adı, Soyadı:

Kimlik No:

Hasta ID No (Annenin):

Doğum Tarihi (Annenin):

Cenin Bebeğin Ex. Olduğu Tarihi:

Bebeğin Ex. Doğum Haftası ve Kilosu:.....Hafta.....Kilo

Ex. Cenin Bebeğin Teslim Alındığı Servis / Birim:

Yukarıda kimliği belirtilen **Ex. Cenin Bebek** defnedilme teslimi uygundur.

Hekimin Adı, Soyadı:	Tarih:	İmza:
Teslim Eden Çalışan Adı, Soyadı:		
Birim:	Tarih:	İmza:
Teslim Alan Çalışan Adı, Soyadı:		
Birim:	Tarih:	İmza:
Y. D.Ü. HASTANESİ MÜHÜR		Tarih:

Yukarıda kimliği belirtilen hastaya ait **Ex. Cenin Bebek** defnedilme teslimi için ilgili servis / birim tarafından cenaze hizmetleri sorumlusuna teslim edilmiştir.

Teslim Eden:	Teslim Alan:
Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı:
Birim:	Kimlik No:
Tarih:	Telefon No:
İmza:	Tarih:
	İmza: