



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

HASTA BAKIM PLANI FORMU

■ Adı, Soyadı:		■ Hasta ID No:	
■ Doğum Tarihi:	■ Cinsiyeti: ☐ K ☐ E	■ Yatış Tarihi:	
■ Tanı:			

Tarih/Kişi	Sorun	Nedeni	Girişimler	Hedef	Hedefe	
					Ulaşıldı Tarih	Ulaşılamadı Tarih

