



NÜKLEER TIP KLİNİĞİ TETKİK TEKRAR FORMU

HASTA ADI-SOYADI :

DOĞUM TARİHİ :

CİNSİYET :

HASTA PROTOKOL NO :

TELEFON NO :

ADRES :

TANI :

TETKİK TARİHİ :

YAPILAN TETKİK :

Uygulama Saati :

Uygulama Şekli:

Uygulanan Doz :

UYGULAMAYI YAPAN TEKNİSYEN:

TEKRAR TETKİK TARİHİ :

TETKİK TEKRAR NEDENİ :

NOT:

Adı-Soyadı-Unvanı

Tekrar Tetkik İsteyen