



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANKARA  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

## İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMLİĞİ İSTASYON ZİYARETİ TESPİT FORMU

Doküman No: KY. FR.02

Yayın Tarihi: 22.11.2018

Revizyon Tarihi:13.02.2019

Revizyon No:05

Sayfa No:01

**İSTASYON ADI:**

**ZİYARET TARİHİ:**

**İSTASYON SORUMLUSUNUN ADI:**

<b>İstasyon (konuşlanma yeri, bulunduğu kat, konumu vb.)</b>	
<b>Ambulans(Marka/model/plaka)</b>	
<b>Oda/Mutfak/WC Durumu</b>	
<b>Garaj Durumu(kapalı-açık, var-yok, yakın -uzak)</b>	
<b>Isınma Durumu</b>	
<b>Giyinme Dolabı</b>	
<b>Evrak Dolabı</b>	
<b>Kilitli İlaç Dolabı</b>	
<b>İlaç-Sarf Malzeme Dolabı / Depo</b>	
<b>Bilgisayar</b>	
<b>Telefon /İnternet</b>	
<b>Arıza / Tamir İhtiyacı</b>	
<b>Eksik Malzeme</b>	
<b>İstasyon Yangın Tüpü / Düzenlemesi</b>	

### AÇIKLAMALAR

--