



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMLİĞİ
YEŞİL KARTLI HASTA BİLGİ FORMU

Doküman No: HE.FR.04	Yayın Tarihi: 13.07.2015	Revizyon Tarihi: 11.03.2019	Revizyon No:02	Sayfa No:01
----------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------	-------------

.. /.. /.... tarihindeHastanesinin İller arası ve Kurumlar arası nakil hasta bilgi formundaisimli hastanın..... (tanı) nedeniyle yer talebi Komuta Kontrol Merkezi Hastane Koordinasyon birimimizce değerlendirilmiş olup, vakaya ait epikriz ve çağrı kayıt formunda da belirtildiği üzere ilgili hastaneler ile görüşülmüş ancak yoğun bakımların dolu olduğu bilgisi alınmıştır.

VakayıHastanesi kabul etmiştir.

KKM Koordinasyon HDSP
İmza

KKM Koordinasyon Hekimi
İmza

KKM Sorumlu Danışman Hekim
İmza

İL Ambulans Servisi Başhekimliği
Bağdat Cd. No: 16 Gimat Kavşağı Yenimahalle/ ANKARA
Cevabi yazılarınızda yazımızın tarih ve sayısını belirtiniz.

Telefon: 0312 592 47 31 - 592 47 32
Faks: 0312 592 46 80