



**T.C.
MARDİN
BELEDİYESİ**

Doküman No

MB-F-07

Yürürlük Tarihi

13.03.2006

Değişiklik No

00 / --

Değişiklik Tarihi

00

Sayfa No

1/ 1

İÇ TETKİK SORU LİSTESİ FORMU

TETKİK EDİLECEK HUSUSLAR		AÇIKLAMALAR
		TARİH:
HAZIRLAYAN	DENETLEYEN	ONAYLAYAN
KALİTE YÖNETİM KOORDİNATÖRÜ	KALİTE YÖNETİM TEMSİLCİSİ	BAŞKAN



**T.C.
MARDİN
BELEDİYESİ**

Doküman No

MB-F-07

Yürürlük Tarihi

13.03.2006

Değişiklik No	
---------------	--

00 / --

Değişiklik Tarihi

00

Sayfa No

1/1

İÇ TETKİK SORU LİSTESİ FORMU

--	--

Patient Information	
Full Name	
Date of Birth	
Gender	
Address	
City	
State	
Zip	
Phone	
Medical History	
Current Medications	
Previous Surgeries	
Chronic Conditions	
Family History	
Physical Examination	
Vital Signs	
General Appearance	
Head, Eyes, Ears, Nose, Throat	
Heart, Lungs	
Abdomen	
Extremities	
Neurological	
Laboratory Tests	
Blood Work	
Urine Analysis	
Imaging Studies	
Treatment Plan	
Medications	
Procedures	
Referrals	
Patient Education	
Instructions	
Follow-up	
Physician Signature	
Signature	
Print Name	
MD	
Nurse Signature	
Signature	
Print Name	
RN	

HAZIRLAYAN

DENETLEYEN

ONAYLAYAN

**KALİTE YÖNETİM
KOORDİNATÖRÜ**

**KALİTE YÖNETİM
TEMSİLCİSİ**

BAŞKAN