|  |  |
| --- | --- |
| **İadeyi Yapan Klinik** |  |
| **İadeyi Yapan Hekim** |  |
| **İade Nedeni** |  |
| **Tarih** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sıra No** | **İlaç ve Sarf Malzeme Adı** | **Miktar** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |
| **11** |  |  |
| **12** |  |  |
| **13** |  |  |
| **14** |  |  |
| **15** |  |  |

**İADEYİ YAPAN ; İADEYİ ALAN ;**

ADI SOYADI : ADI SOYADI :

İMZA : İMZA :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hazırlayan**  **Hasta Hakları Birimi Sorumlusu** | **Kontrol Eden**  **Kalite Yönetim Direktörü** | **Onaylayan**  **Dekan** |
|  |  |  |