

Laboratuvar Kabul Formu

Barkod	Adı Soyadı:		Tarih :	
	Cinsiyet:		Şube/ Site:	
	Yaş:		Doktor:	
Dosya Numarası:				
TC Kimlik Numarası:				
Doğum Tarihi:	..			
Tel No:				
Mail /fax:				
Adres:	/			

Test sonuçlarımın doktorumla paylaşılmasını onaylıyorum.

Evet ☐

Hayır ☐

HASTANIN KLİNİK BİLGİLERİ

Kronik Rahatsızlık:	
Kullanılan İlaçlar:	
Kan sulandırıcı kullanımı var mı?	
Geçirilmiş Operasyon:	
Son Adet Tarihi :	
Boy/ Kilo :	
Açlık Süresi:	

İSTENEN TESTLER

Test Sayısı: 1		
Örneği Alan:	Formu Dolduran:	Laboratuvar Uzmanı:
İmza:	İmza:	İmza:

Laboratuvar Kabul Formu

Biocenter Laboratuvarı, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan **Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği**'ne uygun şekilde ruhsatlandırılmış olup, faaliyetlerini ilgili mevzuat çerçevesinde sürdürmektedir. Laboratuvarımız, düzenli olarak İl Sağlık Müdürlükleri tarafından denetlenmektedir.

İlgili mevzuat kapsamında; gerekli durumlarda yapılacak tetkiklerin yurt içi veya yurt dışı laboratuvarlara gönderilebileceği, alınan numunenin yasal sürelerle ve yönetmelik hükümlerine uygun şekilde saklanacağı, bu sürenin sonunda imha edileceği, bazı testlerin uygulanması sırasında numunenin tamamen kullanılabileceği, sonuç süresinin tahmini olarak belirlendiği ve çeşitli tıbbi veya lojistik nedenlerle erken ya da geç sonuçlanabileceği ayrıca yeniden numune alınmasının gerekebileceği tarafıma açıklanmıştır.

Yukarıda belirtilen tüm hususları okuduğumu, anladığımı, kabul ettiğimi ve onayladığımı; ayrıca tarafıma sunulan bilgiler ile test sayısının doğruluğunu kontrol ettiğimi ve onayladığımı beyan ederim.

Adı Soyadı:

T.C. Kimlik No:

İmza:

Tarih: