**(Sağlık Kurumu/ Kuruluşu/Aile sağlığı Merkezi/Aile Hekimi Adı)…………………………FORM-E9**

 **EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ**

 **HASTA EĞİTİM FORMU**

**HASTA BİLGİLERİ**

TC:………………………………………………………………………………………………

ADI:………………………………………………………………………………………. …….

SOYADI:………………………………………………………………………………………..

TARİH:………………………………………………………………………………………….

ADRES:…………………………………………………………………………………………

**VERİLEN EĞİTİM**

1-YARA BAKIMI………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

2-SONDA BAKIMI……………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

3-SUPKUTAN ENJEKSİYON………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

4-HASTA BAKIMI……………………………………………………………………………..

………………………………………….......................................................................................

5-BESLENME…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

6-DİĞERLERİ…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

 **İMZA İMZA**

HASTA YAKINI SAĞLIK PERSONELİ