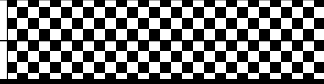


İĞDIRİL AMBULANS SERVİSİ
AMBULANS KAZASI KAYIT FORMU

Tarih		Saat		İst. Kodu		Sıra No	
KAZA BİLGİLERİ	<input type="checkbox"/> Vakaya giderken		<input type="checkbox"/> Hasta nakledden		<input type="checkbox"/> Vaka Dönüşü		
	<input type="checkbox"/> Diğer (Tamir, Yakıt ikmali v.s.)						
OLAY YERİ							
OLAY TİPİ	Maddi Hasar	<input type="checkbox"/> Var		<input type="checkbox"/> Yok			
	Yaralı	<input type="checkbox"/> Var		<input type="checkbox"/> Yok			
	Exitus	<input type="checkbox"/> Var		<input type="checkbox"/> Yok			
	Yayaya Çarpma	<input type="checkbox"/> Var		<input type="checkbox"/> Yok			
				Ambulans		Kazaya Karışan Diğer Araç	
ARAÇ BİLGİLERİ	Plakası						
	Markası						
	Modeli						
TRAFİK SİGORTASI	Acenta adı						
	Sigorta Başlangıç Tarihi						
	Sigorta Bitiş Tarihi						
Kaza Kusur Oranı (Trafik Kazası Tespit Tutanağına Göre)							
ARAÇ PERSONELİ	Sürücü						
	Doktor						
	Sağlık Personeli						
KKM PERSONELİ	Doktor						
	Doktor						
	Doktor						
KKM BİLGİLERİ	Defter cilt no:				Protokol No:		
	Çağrı Saati:				Ulaşma Saati		
	Ambulansla Hasta		<input type="checkbox"/> Var		<input type="checkbox"/> Yok		
	Hasta Bilgileri		Adı Soyadı				
			Yaşı				
			Cinsiyeti				
Adresi:							
Trafik Kazası Tespit Tutanağı No:				Not: Trafik Kazası Tespit Tutanağı faks ile istenip forma eklenecek			
YARALININ	ADI		SOYADI		YAŞ / CİNSİYET		
KAZA SONUCU EX. OLANIN	ADI		SOYADI		YAŞ / CİNSİYET		
Açıklama:							

Nöbetçi Sorumlu Hekim
Adı Soyadı İmza