



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
MAVİ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU

Doküman Kodu: AD.FR.01

Yayın Tarihi:23/01/2015

Revizyon Tarihi:05/04/2022

Revizyon No:2

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/1

Hastanın Adı Soyadı:

Dosya No:

Tanısı:

Olay Yeri:

Olayın Gerçekleşme Tarihi: ...../...../20.....

Olayın Gerçekleşme Saati: ..... : .....

Olay Bildirim Saati: ..... : .....

Ekip Geliş Saati: ..... : .....

YAPILAN UYGULAMA:

UYGULAMA SONUCU:

Hemşire  
Adı Soyadı / İmzası

Anestezi Teknikeri  
Adı Soyadı / İmzası

Uzman Doktor  
Adı Soyadı/İmzası

HAZIRLAYAN(.../.../...)

KONTROL EDEN(.../.../...)

ONAYLAYAN(.../.../...)

Kalite Güvence Koordinatörü

Dekan

**NOT:** Form doldurulduktan sonra “Kalite Yönetim Birimine” teslim edilecektir.