|  |
| --- |
| **BİLDİRİMİ YAPAN EVDE SAĞLIK BİRİMİ:** **AY/YIL:**  |
| **İlgili ayda planlanan toplam randevu sayısı** |  |
| **İlgili ayda planlanan randevulardan zamanında gerçekleştirilen randevu sayısı** |  |
| **ZAMANINDA GERÇEKLEŞTİRİLEMEYEN RANDEVULARIN NEDENİNE GÖRE DAĞILIMI** |
| **NEDENİ** | **SAYISI** |
| **Araç Arızası /Yetersizliği** |  |
| **Personel Eksikliği** |  |
| **Hastanın Ex Olması** |  |
| **Hasta Yakınının Ziyareti İptal Etmesi**  |  |
| **Diğer ( Belirtiniz )** |  |
| **Diğer ( Belirtiniz )** |  |
| **Diğer ( Belirtiniz )** |  |
| **Diğer ( Belirtiniz )** |  |
| **TOPLAM** |  |

**ONAYLAYAN BİRİM SORUMLUSU**