



HUZUREVİ / YAŞLI BAKIM NÖBET DEFTERİ

| | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|-------------------|-------|------------------------------------|--------|-------------------|------------------------|
| KURUM / KURULUŞ ADI | | | | | MÜDÜRLÜĞÜ/MERKEZİ | | | |
| NÖBETİN BAŞLAMA TARİHİ :...../...../202..... | | | SAATİ:.....:..... | | BİTİŞ TARİHİ :...../...../202..... | | SAATİ:.....:..... | |
| YAŞLI SAYISI | | | | | PERSONEL SAYISI | | | |
| İZİNLİ | İZİNLİ AYRILAN YAŞLILAR | İZİNSİZ AYRILAN YAŞLILAR | HASTANE | REVİR | TOPLAM YAŞLI SAYISI | İZİNLİ | RAPORLU | TOPLAM PERSONEL SAYISI |
| | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| 1. NÖBET DEVİR TESLİMDE ALINAN NOTLAR | |
| 2. YAŞILARLA İLGİLİ TEMİZLİK İŞLERİ YAPILDI MI ? (Alt temizliği, banyo, kılık kıyafet vb) | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Açıklama _____ |
| 3. YAŞILARA ÖGÜNLERİ DÜZENLİ VERİLDİ Mİ ? AKSAKLIK OLDU MU ? | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Açıklama _____ |
| 4. NÖBET SIRASINDA PROBLEM VE HASTA YAŞLI VAR MIDIR ? (Alt ıslatan vb.) | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Varsa Neler Yapılmıştır. _____ |
| 5. NÖBET SIRASINDA İZİNDEN DÖNEN, İZNE AYRILAN VE YENİ GELEN YAŞLI VAR MI? | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Varsa detayı _____ |
| 6. KURULUŞUN DÜZEN VE TEMİZLİĞİ SAĞLANDI MI? (Mutfak, Yemekhane, Yatakhane,Çamaşırhane,Bahçe Vb.) | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Açıklama _____ |
| 7. HASAR GÖREN, KIRILAN ONARILMASI GEREKEN MALZEME VAR MIDIR? | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Olduysa Neler Yapıldı _____ |
| 8. ELEKTRİKLER MUSLUKLAR, OCAKLAR vb. ALETLERİN KONTROLÜ YAPILDIMI? | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Görülen Eksikler ve Öneriler _____ |
| 9. NÖBET SIRASINDA BAĞIŞ OLDU MU? | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Olduysa Cinsi ve Miktarı _____ |
| 10. NÖBET SIRASINDA ZİYARETÇİ GELDİ Mİ? | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Geldiyse detayı _____ |
| 11. NÖBET SIRASINDA TELEFON KAYDI YAPILDI MI? | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Olduysa Cinsi ve Miktarı _____ |
| 12. DIŞARIDAN GELEN VE AMBARDAN ÇIKAN MALZEMELERİN VAKTİNDE EKSİKSİZ OLARAK AŞÇIYA TESLİMİ YAPILDI MI? | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Olduysa Cinsi ve Miktarı _____ |
| 13. İDARECE ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER VEYA ÖNERİLER NELERDİR ? | |

| NÖBETİ TESLİM EDEN PERSONEL | |
|-----------------------------|------|
| ADI VE SOYADI | İMZA |
| | |

| NÖBETİ TESLİM ALAN PERSONEL | |
|-----------------------------|------|
| ADI VE SOYADI | İMZA |
| | |

GÖRÜLDÜ

...../...../202.....