

فرم ترخیص SMART بیمار

نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: سال تولد: بخش:

علائم و نشانه‌هایی که باید به آنها توجه کنم:

داروها:

پیگیری‌ها/وقت ملاقات پزشک:

نتایج آزمایش‌ها:

سؤالاتی که باید بپرسم:

تلفنهای تماس: