

İŞ GÖREMEZLİK BELGESİ

(FORM 1)

(1) SAĞLIK TESİSİ: ÖZEL YUNUS EMRE HASTANESİ		(5) DÜZENLEYEN POLİKLİNİK:	
(2) SİGORTA SİCİL NO :		(6) POLİKLİNİK TARİHİ:	
(3) TC. KİMLİK NO : 41218492034		(7) POLİKLİNİK DEFTER NO:	
(4) ADI SOYADI Aysegül Düzgit		(9) BABA ADI :	
(10) İŞ KAZASI <input type="checkbox"/>	HASTALIK <input checked="" type="checkbox"/>	(11) EV ADRESİ:.....	
MESLEK HASTALIĞI <input type="checkbox"/>	ANALIK <input type="checkbox"/>	TEL NO :	
(12) TEŞHİS: Vertigo			
(13) 22.07.20 den 29.07.20 tarihine kadar istirahatlıdır 30.07.20 tarihinde çalışır / kontrol		(13) Hastaneye Yatış Tarihi :/...../..... Hastaneden çıkış Tarihi :/...../.....	
(14) DÜZENLEYEN HEKİMİN İMZASI : Op. Dr. Shamkhal JAFAROV KBB Uzmanı Dip. No: 104321 Dip. Tesc. No: 803884 S.G.K. KODU: 12345516 ÖZEL YUNUS EMRE HASTANESİ KUDUR TEL: 0216 310 47 88		(15) BAŞHEKİM LİKONAYI İSİM KAŞESİ: MÜHÜR : İMZA : Uzm. Dr. Alpaşlan MERT Başhekim Dip. No: 3416 1546	

Bu form bir kerede ilk 10 güne kadar verilecek istirahat için düzenlenecektir.