

Eski Edirne Asf. Cami Durağı No. 191 Tel : 0212 476 45 00 (Pbx)
Sultangazi / İSTANBUL Fax: 0212 476 49 03

(I) **İŞ GÖREMEZLİK BELGESİ**

(1) SAĞLIK TESİSİ: Ö. medigold Tip Merkezi	(2) DÜZENLEYEN POLİKLİNİK Dahiliye	(3) POLİKLİNİK TARİHİ 23.11.09	(4) POLİKLİNİK DEFTER SIRA NO: 13644
(5) ADI SOYADI : Ayşe Berber Kahrman	(6) SİGORTA SİCİL NO :	(7) TC. KİMLİK NO : 55294052754	
(8) EV ADRESİ: Cebeci mah. 2479 sok. No: 191 S. apt. 11/1			TEL : 619 85 02

(II) BİRİNCİ ON GÜNE KADAR AYAKTAN İSTİRAHATLAR İÇİN DOLDURULACAK BÖLÜM

(9) İŞ KAZASI <input type="checkbox"/>	(10) MESLEK HASTALIĞI <input type="checkbox"/>	(11) HASTALIK <input checked="" type="checkbox"/>	(12) ANALIK <input type="checkbox"/>
(13) TEŞHİS: Akromiyoz			
(14) 23.11.09 den 25.11.09 tarihine kadar istirahatlıdır		(15) Hastaneye Yatış Tarihi :/...../..... Hastaneden Çıkış Tarihi :/...../.....	
26.11.09 tarihinde çalışır <input checked="" type="checkbox"/> kontrol <input type="checkbox"/>			
(16) DÜZENLEYEN HEKİMİN ADI SOYADI : SİCİL NO : DİPLOMA : TESCİL NO :		(17) İMZA : İSİM KAŞESİ : MÜHÜR : İMZA :	

(III) İKİNCİ ON GÜNE KADAR AYAKTAN İSTİRAHATLAR İÇİN DOLDURULACAK BÖLÜM

(18) TEŞHİS:		(20) Hastaneye Yatış Tarihi :/...../..... Hastaneden Çıkış Tarihi :/...../.....	
(19)/...../..... tarihinden/...../..... tarihine kadar istirahatın devamına/...../..... tarihinde çalışır <input type="checkbox"/> kontrol <input type="checkbox"/>			
(21) DÜZENLEYEN HEKİMİN ADI SOYADI : SİCİL NO : DİPLOMA : TESCİL NO :		(22) ONAY İSİM KAŞESİ : MÜHÜR : İMZA :	

(IV) Sigortalı/...../..... -/...../..... tarihleri arasında iş yerinde çalışmamıştır. İşveren
İmza ve kaşe

AÇIKLAMA

Bu form üç bölümden oluşmakta olup, I. bölümde sigortalı bilgileri, II. bölümde 10 güne kadar ayaktan istirahat halinde doldurulacak bilgiler, III. bölümde kontrol kararı verildiği takdirde ikinci 10 güne kadar ayaktan istirahat halinde doldurulacak bilgiler, IV. bölümde ise, işveren tarafından doldurulacak bilgiler yer almaktadır.

- A- 1,2,3,4)** İstirahatın verildiği sağlık tesisi ile polikliniğe ait bilgiler yazılacaktır.
5,6,7,8) Sigortalıya ait bilgiler yazılacaktır.
9,10,11,12) Hangi sigorta kolundan istirahat verilmiş ise o kutuya (x) işaret konulacaktır.
13,18) İstirahat verilmesi gereken teşhis okunaklı ve açık şekilde yazılacaktır.
14) Birinci satıra istirahat süresini belirtir tarihler yazılacaktır. Alt satıra istirahat süresi sonunda sigortalı çalışacak ise "çalışır" kelimesi, kontrolü isteniyorsa "kontrol" kelimesinin yanındaki kutuya (x) işaret konulacaktır.
15,20) Hastanede yatış varsa yatış-çıkış tarihleri yazılacaktır.
16,21) Raporu düzenleyen hekim tarafından doldurulacak ve açık imza ile imzalanacaktır.
17,22) Sağlık tesisi yetkililerince doldurulup imzalanacaktır.
19) Birinci satıra kontrol muayenesine gerek görülenlere kontrol sonucunda istirahat gerekiyorsa ilk 10 günlük istirahatın bitim tarihinden sonraki tarih ile ikinci defa verilecek 10 güne kadar istirahat bitim tarihi yazılacaktır. Alt satıra istirahat süresi sonunda çalışacak ise "çalışır" kelimesi kontrolü isteniyorsa "kontrol" kelimesinin yanındaki kutuya (x) işaret konulacaktır.
- B-** Kontrolsüz on güne kadar istirahat verilirse birinci nüsha imha edilip iki nüsha kullanılacak ikinci nüsha sigortalıya verilecektir.
Kontrollü istirahat verilmesi halinde üç nüsha da kullanılacak ilk iki nüsha sigortalıya verilecek, sigortalı kontrol muayenesine ikinci nüsha ile gelecek, kontrolü yapıp istirahat verildikten sonra sigortalıya iade edilecektir.
Her iki durumda da üçüncü (son) nüsha Sigorta II / Sigorta Müdürlüğüne gönderilecektir.
- C-** IV. bölüm sigortalının iş vereni tarafından doldurulacaktır.
- D-** Bu form üç nüsha olup, ilk iki nüshanın arka yüzü boş, üçüncü (son) nüshanın arka yüzünde form ile ilgili "açıklama" bilgileri olacak ve bu form sağlık tesislerince basılacaktır.
- E-** Fenne ve usule uygun olarak düzenlenmeyen belgelerden dolayı oluşacak Kurum zararından, raporu veren hekim sorumlu tutulacaktır.