



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DOKÜMAN KODU	HB.YD.48
YAYIN TARİHİ	1.05.2011
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1/1

İŞ GÖREMEZLİK BELGESİ

SAGLIK TESİSİSİ	(2)DUZENLEYEN POLIKLINİK	(3)POLIKLINİK TARİH:...../...../.....	(4)POLIKLINİK DEFTER SIRA NO:
(5)ADI : SOYADI :	(6)SİGORTA SİCİL NO:	(7)TC KİMLİK NO:	
(8)EV ADRESİ			Tel:
(11) BİRİNCİ ON GÜNE KADAR AYATAN İSTİRAATLER İÇİN DOLDURULACAK BÖLÜM			
(9)İŞ KAZASI ☐	(10)MESLEK HASTALIĞI ☐	(11)HASTALIK ☐	(12)ANALIK ☐
(13) TEŞHİS:			
(14)/...../..... den/...../..... tarihine kadar istiratlıdır./..... tarihinde çalışır ☐ kontrol ☐		(15) Hastaneye Yatış Tarihi :/...../..... Hastaneden Çıkış Tarihi :/...../.....	
(16) ADI SOYADI : SİCİL NO : DİPLOMA : TESCİL NO :		(17) DUZENLEYEN HEKİMİN İMZASI ONAY İSİM KAŞESİ : MUHUR : İMZA :	
(III) İKİNCİ ON GÜNE KADAR AYAKTAN İSTİRAATLER İÇİN DOLDURULACAK BÖLÜM			
(18) TEŞHİS:			
(19)/...../..... den/...../..... tarihine kadar istiratın devamına/..... tarihinde çalışır ☐ kontrol ☐		(20) Hastaneye Yatış Tarihi :/...../..... Hastaneden Çıkış Tarihi :/...../.....	
(21) ADI SOYADI : SİCİL NO : DİPLOMA : TESCİL NO :		(22) DUZENLEYEN HEKİMİN İMZASI ONAY İSİM KAŞESİ : MUHUR : İMZA :	

(IV) Sigortalı/...../..... -/...../..... Tarihleri arasında iş yerinde çalışmamıştır. İşveren

İmza ve Kaşe



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DOKÜMAN KODU	PH.FR.10
YAYIN TARİHİ	1.05.2011
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1/1

İŞ GÖREMEZLİK BELGESİ

SAGLIK TESİSİSİ	(2)DUZENLEYEN POLIKLINİK	(3)POLIKLINİK TARİH:...../...../.....	(4)POLIKLINİK DEFTER SIRA NO:
(5)ADI : SOYADI :	(6)SİGORTA SİCİL NO:	(7)TC KİMLİK NO:	
(8)EV ADRESİ			Tel:
(11) BİRİNCİ ON GÜNE KADAR AYATAN İSTİRAATLER İÇİN DOLDURULACAK BÖLÜM			
(9)İŞ KAZASI ☐	(10)MESLEK HASTALIĞI ☐	(11)HASTALIK ☐	(12)ANALIK ☐
(13) TEŞHİS:			
(14)/...../..... den/...../..... tarihine kadar istiratlıdır./..... tarihinde çalışır ☐ kontrol ☐		(15) Hastaneye Yatış Tarihi :/...../..... Hastaneden Çıkış Tarihi :/...../.....	
(16) ADI SOYADI : SİCİL NO : DİPLOMA : TESCİL NO :		(17) DUZENLEYEN HEKİMİN İMZASI ONAY İSİM KAŞESİ : MUHUR : İMZA :	
(III) İKİNCİ ON GÜNE KADAR AYAKTAN İSTİRAATLER İÇİN DOLDURULACAK BÖLÜM			
(18) TEŞHİS:			
(19)/...../..... den/...../..... tarihine kadar istiratın devamına/..... tarihinde çalışır ☐ kontrol ☐		(20) Hastaneye Yatış Tarihi :/...../..... Hastaneden Çıkış Tarihi :/...../.....	
(21) ADI SOYADI : SİCİL NO : DİPLOMA : TESCİL NO :		(22) DUZENLEYEN HEKİMİN İMZASI ONAY İSİM KAŞESİ : MUHUR : İMZA :	

(IV) Sigortalı/...../..... -/...../..... Tarihleri arasında iş yerinde çalışmamıştır. İşveren