

(I)

## İŞ GÖREMEZLİK BELGESİ

(1) SAĞLIK TESİSİ:	(2) DÜZENLEYEN POLİKLİNİK	(3) POLİKLİNİK TARİHİ: .../.../.....	(4) POLİKLİNİK DEFTER SIRA NO:
(5) ADI : SOYADI :	(6) SİGORTA SİCİL NO :	(7) TC. KİMLİK NO :	
(8) EV ADRESİ:			TEL :

( II )

BİRİNCİ ON GÜNE KADAR AYAKTAN İSTİRAATLER İÇİN DOLDURULACAK BÖLÜM

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

(III)

İKİNCİ ON GÜNE KADAR AYAKTAN İSTİRAATLER İÇİN DOLDURULACAK BÖLÜM

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

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

(1) SAĞLIK TESİSİ:	(2) DÜZENLEYEN POLİKLİNİK	(3) POLİKLİNİK TARİHİ: .../.../.....	(4) POLİKLİNİK DEFTER SIRA NO:
(5) ADI : SOYADI :	(6) SİGORTA SİCİL NO :	(7) TC. KİMLİK NO :	
(8) EV ADRESİ:			TEL :

( II )

BİRİNCİ ON GÜNE KADAR AYAKTAN İSTİRAATLER İÇİN DOLDURULACAK BÖLÜM

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

(III)

İKİNCİ ON GÜNE KADAR AYAKTAN İSTİRAATLER İÇİN DOLDURULACAK BÖLÜM

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

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