MUAYENE TALEBİ VE İLAÇ FORMU

ÇALIŞAN BİLGİLERİ	
Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	
Doğum Tarihi	
Telefon	
Firma	
Yaptığı İş / SGK Meslek Kodu	
ÇALIŞAN TARAFINDAN DOLDURULUR	
Talep türü	☐ Muayene ☐ İlaç yazımı
Şikâyetiniz nedir?	
Kronik hastalığınız var mı?	☐ Hayır ☐ Evet: .....
Örn.: astım, şeker, kalp, epilepsi, böbrek yetmezliği vb.	
Kullanması gereken ilaç	☐ Raporlu ☐ Raporsuz İlaç adı: .....
Özellikle talep ettiğiniz ilaç	
Tarih / İmza	
İŞYERİ HEKİMİ DEĞERLENDİRMESİ	
Hekim · Tarih · Kaşe / İmza	

Bu formdaki sağlık bilgileri gizlidir; yalnızca işyeri hekimi ve sağlık personeli tarafından görülür (KVKK md. 6).

MUAYENE TALEBİ VE İLAÇ FORMU

ÇALIŞAN BİLGİLERİ	
Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	
Doğum Tarihi	
Telefon	
Firma	
Yaptığı İş / SGK Meslek Kodu	
ÇALIŞAN TARAFINDAN DOLDURULUR	
Talep türü	☐ Muayene ☐ İlaç yazımı
Şikâyetiniz nedir?	
Kronik hastalığınız var mı?	☐ Hayır ☐ Evet: .....
Örn.: astım, şeker, kalp, epilepsi, böbrek yetmezliği vb.	
Kullanması gereken ilaç	☐ Raporlu ☐ Raporsuz İlaç adı: .....
Özellikle talep ettiğiniz ilaç	
Tarih / İmza	
İŞYERİ HEKİMİ DEĞERLENDİRMESİ	
Hekim · Tarih · Kaşe / İmza	

Bu formdaki sağlık bilgileri gizlidir; yalnızca işyeri hekimi ve sağlık personeli tarafından görülür (KVKK md. 6).

Bu belge armadaosgb.com adresinden indirilen örnek bir şablondur; işyerine uyarlanması ve uygulanması kullanan işverenin sorumluluğundadır. (Bu satırı silebilirsiniz.)