

SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik Numarası :

Doğum Tarihi/Yeri :

SAĞLIK BİLGİLERİ	
Sağlık Sorununuz Var mı ? (Kronik Hastalık, Şeker, Yüksek Tansiyon vb.)	
Sürekli Kullandığınız İlaç ya da Protez var mı?	
Sigara / Alkol Kullanıyor musunuz?	
Mevcut Bağışıklama Aşıları (Tetanos, Hepatit, Diğer) yaptırdınız mı?	
Daha Önce İş Kazası Geçirdiniz mi? (Çok Kısa Hikâyesi)	
Meslek Hastalığı Tetkik ve Muayenesi Oldunuz mu? Sonuçları Nelerdir?	
Maluliyet Aldınız mı? Oranınız Nedir?	
Şu Anda Herhangi Bir Hastalık Tedavisi Görüyor musunuz?	
Bu bilgi formundaki verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu, zamanla değişecek bilgilerimi en geç on gün içerisinde yazılı olarak bildireceğimi kabul ve beyan ederim.	
Tarih : /.... /20...	İmza: