

İŞ GÖREMEZLİK BELGESİ

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

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

(7) İŞ KAZASI <input type="checkbox"/>	(8) MESLEK HASTALIĞI <input type="checkbox"/>	(9) HASTALIK <input type="checkbox"/>	(10) ANALIK <input type="checkbox"/>
(11) TEŞHİS:		(12) POLİKLİNİK TARİHİ:/...../.....	(13) POLİKLİNİK DEFTER SIRA NO:
(14)/...../..... den/...../..... tarihine kadar istirahatlıdır/...../..... tarihinde çalışır kontrol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(15) Hastaneye Yatış Tarihi :/...../..... Hastaneden Çıkış Tarihi :/...../.....	
(16) DÜZENLEYEN HEKİMİN ADI SOYADI : İMZASI SİCİL NO : DİPLOMA TESCİL NO :		(17) ONAY İSİM KAŞESİ : MÜHÜR : İMZA :	

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

(18) TEŞHİS:		(19) POLİKLİNİK TARİHİ:/...../.....	(20) POLİKLİNİK DEFTER SIRA NO:
(21)/...../..... tarihinden/...../..... tarihine kadar istirahatın devamına/...../..... tarihinde çalışır kontrol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(22) Hastaneye Yatış Tarihi :/...../..... Hastaneden Çıkış Tarihi :/...../.....	
(23) DÜZENLEYEN HEKİMİN ADI SOYADI : İMZASI SİCİL NO : DİPLOMA TESCİL NO :		(24) ONAY İSİM KAŞESİ : MÜHÜR : İMZA :	

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 yer almaktadır.

A- 1,2)İstirahatın verildiği sağlık tesisi ile polikliniğe ait bilgiler yazılacaktır.

3,4,5,6)Sigortalıya ait bilgiler yazılacaktır.

7,8,9,10)Hangi sigorta kolundan istirahat verilmiş ise o kutuya (x) işaret konulacaktır.

11,12,13,18,19,20) İstirahat verilmesi gereken teşhis okunaklı ve açık şekilde, poliklinik tarihi ile poliklinik defter sıra numarası 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.

15,22)Hastanede yatış varsa yatış-çıkış tarihleri yazılacaktır.

16,23)Raporu düzenleyen hekim tarafından doldurulacak ve açık imza ile imzalanacaktır.

17,24)Sağlık tesisi yetkililerince doldurulup imzalanacaktır.

21)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- Kontrollü istirahat verilirse, birinci nüsha Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü/Merkezlerine gönderilecek, ikinci ve üçüncü nüsha kontrol muayenesine gelirken getirilmesi için sigortalıya verilecek, sigortalı kontrol için geldiğinde istirahati uzatılması gerekiyor ise, belgenin ikinci nüshası Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü/Merkezlerine gönderilecek üçüncü nüshası sigortalıya verilecektir.

Kontrolsüz on güne kadar istirahat verilmiş ise, doldurulmadan birinci nüshası imha edilip, kalan iki nüshasının birinci nüshası Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü/Merkezlerine gönderilecek, ikinci kopya nüshası sigortalıya verilecektir.

Her iki durumda da asıl nüsha, düzenlendiği tarihten itibaren üç iş günü içinde Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü/Merkezlerine gönderilecektir.

Sigortalı geçici iş göremezlik belgesini, işyerinde “çalışmamıştır belgesini” düzenlemesi için işverene ibraz edecektir.

C- 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.

D- Fenne ve usule uygun olarak düzenlenmeyen belgelerden dolayı oluşacak Kurum zararından, raporu veren hekim sorumlu tutulacaktır.

Örnek No: 25 (Arka Yüz)