



## İŞ KAZASI BEYAN TUTANAĞI FORMU

Doküman Kodu	SÇ.FR.12
Yayın Tarihi	24.02.2020
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	1

KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine;

.../.../20... tarihi, saat ..... 'de hastaneniz Acil Servis Ünitesine /.....polikliniğine (.....) hasta olarak yaptığım başvurumun **iş kazası olmadığını** ve bu beyandan doğacak her türlü hukuki sorumluluğu kabul ve beyan ediyorum.

Hasta Kayıt Görevlisi;  
Adı Soyadı  
İmza  
Tarih /Saat

Sorumlu Hekim;  
Adı Soyadı  
İmza  
Tarih /Saat

Hasta;  
Adı Soyadı  
İmza  
Tarih /Saat

KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine;

Hastam .....'nın / .../.../20... tarihi, saat..... 'de hastaneniz Acil Servise/ .....polikliniğine (.....) yapmış olduğu başvurusunun **iş kazası olmadığını** bu beyanın hastamın..... sebebiyle (Bilinç kapalılığı, kanama, yanık vb. mücbir sebepler) beyan veremeyecek durumda olmasından dolayı hastam yerine tarafımca verilmiş olup bu beyandan doğacak her türlü hukuki sorumluluğu hastam adına kabul ve beyan ediyorum.

Hasta Kayıt Görevlisi;  
Adı Soyadı  
İmza  
Tarih /Saat

Sorumlu Hekim;  
Adı Soyadı  
İmza  
Tarih / Saat

Hasta Yakını;  
Adı Soyadı  
İmza  
Tarih /Saat