

ACELE  
Form No 014

Posta Ücreti  
Alınmaz

BİLDİRİMİ ZORUNLU HASTALIKLAR FİŞİ  
(U.Hıfzıssıha Kanunu Mad. 57-64)  
.....Sağlık Ocağı Hekimliğine

GÖNDERENİN

Adı Soyadı : .....  
Mesleği : .....  
Adresi : .....

(Form 014 Arka Yüz)

| HASTANIN KİMLİĞİ |   |
|------------------|---|
| Cinsiyeti        | E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> |
| Soyadı           |   |
| Adı              |   |
| Baba Adı         |   |
| Doğum Tarihi     |   |
| Mesleği          |   |
| İli              |   |
| İlçesi           |   |
| Muhtarlığı       |   |
| Sokağı           |   |
| Ev No            |   |

| HASTALIK DURUMU            |                                 |                              |
|----------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Hastalığın Adı             |                                 |                              |
| Teşhis                     | Klinik <input type="checkbox"/> | Lab <input type="checkbox"/> |
| Başladığı Tarih            |                                 |                              |
| Halen yettiği yerin adresi |                                 |                              |
| Ölmüşse tarihi:            |                                 |                              |
| DÜŞÜNCELER:                |                                 |                              |