

...../...../...

Form No 014

BİLDİRİMİ ZORUNLU HASTALIKLAR FİŞİ
(U.Hıfzıssıhha Kanunu Mad. 57-64)

..... İlçe Grup Başkanlığına / İl Sağlık Müdürlüğüne

GÖNDERENİN

Adı Soyadı:
Mesleği:
Kurum Adresi:
İş Adresi:

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ		
Cinsiyeti	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
T.C. Kimlik No		
Soyadı		
Adı		
Baba Adı		
Doğum Tarihi		
Mesleği		
ADRESİ:		
İli		
İlçesi		
Muhtarlığı		
Sokağı		
Ev No.		
Ev/Cep Tel:		

HASTALIK DURUMU		
Hastalığın Adı		
Teşhisi	Olası <input type="checkbox"/>	Kesin <input type="checkbox"/>
Başladığı Tarih		
Hastanın yattığı klinik adı/adresi		
Ölmüşse tarihi:		
DÜŞÜNCELER:		