



İZİN DÖNÜŞÜ KONTROL MUAYENE FORMU

FORM NO: FR-2
YAYIN TARİHİ: 13/11/2020
VERSİYON NO: V-1
HAZIRLAYAN: MERVE ERDOĞAN
ONAY: GÜRAY ÇIRACI

Sicil No:

Tarih:

1- İZİN SÜRESİ İÇİNDE AŞAĞIDAKİ ŞİKAYETLERDEN BİRİNİ GEÇİRDİNİZ Mİ?

	EVET	HAYIR
ATEŞ		
ÖKSÜRÜK		
NEFES DARLIĞI		
EKLEM AĞRISI		
BOĞAZ AĞRISI		
İSHAL		
KUSMA		
BURUN AKINTISI,HAPŞIRIK		

2- İZİN SÜRESİ BOYUNCA ŞEHİRLERARASI SEYAHAT YAPTINIZ MI?

<input type="checkbox"/> EVET ,	<input type="checkbox"/> HAYIR
---------------------------------------	--------------------------------

3- İZİN SÜRESİ BOYUNCA HERHANGİ BİR MERASİME (NİŞAN,KINA,DÜĞÜN,KONSER VB. GİBİ) KATILIM SAĞLADINIZ MI?

<input type="checkbox"/> EVET ,	<input type="checkbox"/> HAYIR
---------------------------------------	--------------------------------

ATEŞ:C°
-------	---------

YUKARIDAKİ BİLGİLERİN DOĞRU OLDUĞUNU KABUL EDİYOR VE AYRICA İŞ YERİNDE UYGULANAN COVID-19 TEDBİR VE ÖNLEMLERE TAVİZ VERMEDEN KESİNLİKLE UYACAĞIMI, BU KONUDA YAPILMASI GEREKENLER HAKKINDA BİLGİLENDİRİLDİĞİMİ TAAHHÜT EDERİM.

Lütfen El Yazısıyla "OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM" Yazınız ve İmzalayınız.

ADI-SOYADI
İMZASI

İŞ YERİ HEKİMİ