



Doküman Kodu: AS.FR.016

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

## .....İl Sağlık Müdürlüğüne

.....	
.	
.	
.	
<b>BİLDİRENİN</b>	
<b>Adı Soyadı</b>	
<b>Mesleği</b>	
<b>Kurum Adı Adresi</b>	
<b>Tarih</b> ...../...../.....	
<b>HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ</b>	
<b>T.C.Kimlik Numarası</b>	
<b>Soyadı</b>	
<b>Adı</b>	
<b>Baba Adı</b>	
<b>Yaşı</b>	
<b>Cinsiyeti</b>	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
<b>Mesleği</b>	
<b>HASTANIN ADRES BİLGİLERİ</b>	
<b>İli</b>	
<b>İlçesi</b>	
<b>Mahallesi</b>	
<b>Sokağı</b>	
<b>Apartman Numarası</b>	
<b>Daire Numarası</b>	
<b>Ev / Cep Telefonu</b>	
<b>ZEHİRLENME BİLGİLERİ</b>	
<b>Başvuru Zamanı</b>	<b>Tarih:...../...../..... Saat: .....:.....</b>
<b>Zehirlenmeye Neden Olan Etken</b>	
<b>Zehirlenmenin Olduğu Yer</b>	
<b>Olay Zamanı (İlk Maruziyet)</b>	<b>Tarih:...../...../..... Saat: .....:.....</b>
<b>Maruz Kalma Süresi</b>	<b>....Gün ... Saat ...Dakika</b>
<b>Şikâyetler</b>	
<b>Şikâyetlerin Başladığı Zaman</b>	<b>Tarih:...../...../..... Saat: .....:.....</b>
<b>Antidot Adı</b>	
<b>Ölüm Zamanı</b>	<b>Tarih:...../...../..... Saat: .....:.....</b>
<b>Düşünceler</b>	