……./……/ ……. tarihinde meydana gelen yaralanma /trafik kazası/ hastalık durumu **çalıştığım işimle ilgili bir iş kazasıdır / iş kazası**

**değildir.** Bunu açıkça kendi rızam ile BEYAN ederim.

Tedavi Sorumlu Hekim Hasta Adı Soyadı( Kendi el yazısı ile)

İmza/ Kaşe İmza

……./……/ ……. tarihinde meydana gelen yaralanma /trafik kazası/ hastalık durumu **çalıştığım işimle ilgili bir iş kazasıdır / iş kazası**

**değildir.** Bunu açıkça kendi rızam ile BEYAN ederim.

Tedavi Sorumlu Hekim Hasta Adı Soyadı( Kendi el yazısı ile)

İmza/ Kaşe İmza