|  |
| --- |
| **Vazife Malullüğünde İstenecek Belgeler** |
| **Kimlik Bilgileri** |
| Adı Soyadı |  |
| TC Kimlik Numarası |  |
| Görev Unvanı |  |
| Görev Yaptığı Tesis Adı |  |
| Görev Yaptığı Bölüm |  |
| **Durum Belirtir Bilgileri** | **Evet** | **Hayır** |
| **1** | Çalıştığı birimde Covid-19 hasta takip ve tedavisi yapılıyor mu?\* |  |  |
| **2** | İlgilinin çalıştığı birimde görev alan diğer personelde Covid-19 tanısı alan kişi var mı?\*\* |  |  |
| **3** | Günlük çalışma/ nöbet/ vardiya listesi var mı?\*\*\* |  |  |
| **4** | Covid-19 hastalığına bağlı maluliyet talebi varsa ayrıntılı bulguları içeren sağlık kurulu raporu var mı?\*\*\*\* |  |  |
| **5** | İlgilinin ölüm nedeninin Covid-19 olduğunu belirten ölüm belgesi var mı?\*\*\*\*\* |  |  |
| **6** | Covid-19 tanısı ile sağlık kuruluşlarında tedavi gördü mü?\*\*\*\*\*\* |  |  |
| **7** | İzin/ Rapor kullanmış mı? \*\*\*\*\*\*\* |  |  |
| **8** | İlgilinin talep dilekçesi var mı?\*\*\*\*\*\*\* |  |  |
| **Yukarıdaki Maddeler İle İlgili Açıklamalar** |
| **\*** | İlave belge istenmeyecektir. |
| **\*\*** | Evet ise Covid-19 tanısı alan personel listesi başvuruya eklenecektir. |
| **\*\*\*** | Birim amiri tarafından onaylanmış olan ilgili liste başvuruya eklenecektir. Liste mevcut olmaması durumunda Birim Amiri (il/ilçe Sağlık Müdürü/ Başhekim) onaylı görev yeri belgesi ibraz edilecektir. |
| **\*\*\*\*** | Evet ise Covid-19 tanısı aldığına dair belge ve tedavi gördüğü sağlık kuruluşunca düzenlenen epikriz raporunu içeren sağlık dosyası ve Sağlık Kurulu Raporu başvuruya eklenecektir. |
| **\*\*\*\*\*** | Evet ise ölüm belgesi başvuruya eklenecektir. |
| **\*\*\*\*\*\*** | Evet ise Covid-19 tanısı aldığına dair belge ve tedavi gördüğü sağlık kuruluşunca düzenlenen epikriz raporunu içeren sağlık dosyası eklenecektir. |
| **\*\*\*\*\*\*\*** | Evet ise İzin/ Rapor ilgili belgeye başvuruya eklenecektir. |
| **\*\*\*\*\*\*\*\*** | Dilekçe başvuruya eklenecektir. |

**Birim Amiri Onay İl Müdürü Onay**