Selçuk Üniversitesi Tıp fakültesi İş Sağlığı ve Güvenliği kapsamında ………………………… T.C. kimlik numaralı

……………………………………. İsimli kendimin yaptırmam gereken …………….. aşısının / izleminin yapılmaması durumunda ölüm dahil oluşacak tıbbi sonuçlar ve yasal sorumluluklarım hakkında bilgilendirildim. …………………………………… nedeniyle aşının / izlemin yapılmasını istemiyorum.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Hemşire : İş yeri hekimi :

İmza : İmza :

Tarih : ...... / ….. / 20…. Tarih : ...... / ….. / 20….

Kişinin Adı ve Soyadı :

T.C. Kimlik Numarası :

Telefon Numarası :

Adres :

İmza :

Tarih : ...... / ….. / 20….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hazırlayan, imza** | **Kontrol**  **Eden, imza** | **Onaylayan, imza** |
| Bölüm Kalite Sorumlusu | Kalite Yönetimi Direktörü | Başhekim Yardımcısı  Kaliteden Sorumlu |
|  |  |  |