


..... HASTANESİ  
ERİŞKİNLER İÇİN ENGELLİLİK  
SAĞLIK KURULU RAPORU

## I. KİŞİSEL BİLGİLER:

|                |                    |   |
|----------------|--------------------|---|
| Adı, Soyadı :  | T.C. Kimlik No:    |  |
| Baba Adı :     | Doğum Yeri/Yılı: / |   |
| Anne Adı:      | Müracaat Tarihi:   |   |
| Rapor Tarihi : | Rapor Numarası:    |   |

## II. MÜRACAT ŞEKLİ:

|                          |           |                       |        |                       |                   |                       |
|--------------------------|-----------|-----------------------|--------|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| <b>Kurumsal Müracaat</b> | İlk Rapor | <input type="radio"/> | İtiraz | <input type="radio"/> | Kontrol Muayenesi | <input type="radio"/> |
| <b>Kişisel Müracaat</b>  | İlk Rapor | <input type="radio"/> | İtiraz | <input type="radio"/> | Yenileme          | <input type="radio"/> |
| Başvuru Nedeni           |           |                       |        |                       |                   |                       |

## III. ENGELE İLİŞKİN BİLGİLER:

| SİSTEMLER    | Engel Dair Klinik Bulgular, Radyolojik Tetkikler,<br>Laboratuvar Bilgileri ve Teşhis | Engel Oranı % |
|--------------|--|---------------|
| .....Sistemi |  |               |
| .....Sistemi |  |               |
| .....Sistemi |  |               |
| .....Sistemi |  |               |
| .....Sistemi |  |               |
| .....Sistemi |  |               |
| .....Sistemi |  |               |
| .....Sistemi |  |               |

## IV. SAĞLIK KURULU RAPORUNUN SONUCU:

|   |   |                       |                  |                       |                |                       |
|---|---|-----------------------|------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
| Teşhis / Teşhisler:                                       | Kişinin Engel Oranı % -Rakamla- (Yazıyla) |                       |                  |                       |                |                       |
| <b>Bağımlılık değerlendirilmesi</b>                       | 1- Bağımsız                               | <input type="radio"/> | 2- Kısmi Bağımlı | <input type="radio"/> | 3- Tam Bağımlı | <input type="radio"/> |
| Raporun Geçerlilik Süresi: -Rakamla- (Yazıyla belirtiniz) |   |                       |                  |                       |                |                       |
| Çalıştırılmayacağı işlerin niteliği <sup>1</sup> : .....  |   |                       |                  |                       |                |                       |

**ERİŞKİNLER İÇİN ENGELLİLİK  
SAĞLIK KURULU RAPORU**

**V. KİŞİNİN ENGEL GRUBU:**

|                |                       |                    |                       |
|----------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| Ortopedik      | <input type="radio"/> | Zihinsel           | <input type="radio"/> |
| Görme          | <input type="radio"/> | Ruhsal ve Duygusal | <input type="radio"/> |
| İşitme         | <input type="radio"/> | Süreğen (Kronik)   | <input type="radio"/> |
| Dil ve Konuşma | <input type="radio"/> | Sınıflanamayan     | <input type="radio"/> |

**VI. AÇIKLAMA<sup>2</sup>:**

**VII. ONAY<sup>3</sup>:**

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Üye   | Üye | Üye |
| Üye   | Üye | Üye |
| Üye   | Üye | Üye |
| Kurul Başkanı   |     |     |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Mühür </div> |     |     |

**AÇIKLAMALAR:**

- 1) Engel durumuna göre çalıştırılmayacağı işlerin niteliği bölümüne sadece engel durumuna göre iş alanları genel olarak belirtilmelidir. Örneğin; "Görmesini gerektiren iş alanlarında çalıştırılmaz.", "Ayakta sürekli durmasını gerektiren işlerde çalıştırılmaz.", "İşitmeyi ve/veya konuşmayı gerektiren işlerde çalıştırılmaz." gibi ifadelerle belirtilmelidir.
- 2) "Sürekli olarak tekerlekli sandalye veya sedyeye kullanması gerekir.", "Sadece hareket ettirici aksamda özel tertibatlı taşıt kullanması gerekir", "Özel tertibatlı araç kullanmaya ihtiyacı yoktur." vb. kişinin özel durumunu belirten açıklamalar belirtilmelidir.
- 3) Bu rapordan önceki raporlar süresine bakılmaksızın yapılacak yeni başvurular bakımından geçersizdir.