**ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \\kh-1012949392\Hasta çalışan güvenliği\ARMA LOGO TU¦êRKC¦ğE.png | ……………………İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  ……………………….HASTANESİ/MERKEZİ | |
| **Başvuruda Bulunan Personelin** | | |
| Adı Soyadı |  | |
| Mesleği |  | |
| Cinsiyeti |  | |
| Yaşı |  | |
| Birimi |  | |
| Telefonu |  | |
| E-posta Adresi |  | |
| Maruz Kalınan Şiddetin Türü: | | |
| Psikososyal destek almak istiyor musunuz? | | |
| Evet, almak istiyorum    İmza/Tarih | | Hayır, almak istemiyorum  İmza/Tarih |
| **Şiddet Olayın Özeti:** | | |
| **Geliştirilen Psikososyal Müdahale Yöntemi:** | | |

**PSİKOSOSYAL DESTEK TALEP FORMU**

***-*** *Psikososyal destek, şiddet mağduru personelin görev yaptığı sağlık tesisinin çalışan hakları ve güvenliği birimince, psikiyatri klinikleri/polikliniklerince, sağlık tesisi psikoloğu tarafından, tıbbi sosyal hizmet birimince bunların mümkün olmaması durumunda sağlık tesisi yönetimi ve il sağlık müdürlüğü kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı hasta çalışan hakları ve güvenliği birimlerince koordinasyon sağlanarak verilmelidir.*