

# Gıda Zehirlenme İddiası Kayıt Formu

Misafirin adı :	Hastalıktan etkilenenlerin sayısı (Kişi, aile, grup) :	Aynı gıdayı tüketenlerin sayısı (Kişi, aile, grup) :	Şikayetin olduğu gün içinde açılan toplam servis sayısı :
Adresi :			
Tel No:			

Gıdanın tüketildiği tarih :	Gıdanın tüketildiği saat :
-----------------------------	----------------------------

Otelden önce başka yerde konaklama var mı?

Şüpheli rahatsızlıkla ilgili bilgiler :	Şikayetin başladığı tarih	Şikayetin başladığı saat	Şikayetin süresi
Bulantı			
Kusma			
Karın ağrısı			
İshal			
Ateş			
Baş ağrısı			

Diğer belirtiler (detay veriniz) :

Şikayetin başlangıcından önce 72 saat içerisinde, tüketilen gıdalar ile ilgili bilgiler :

Gıda	Tarih	Saat	Yer

Şikayetin başlangıcından önce 72 saat içerisinde :	Tarih	Saat	Yer
Gezi			
Oda dışında banyo			
Yüzme			
SPA			
Türk hamamı			
Jakuzi			

Otel tarafından yapılanlar :

Raporu dolduran :	İmza :
Tarih :	