T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

………………………HASTANESİ/ BAŞHEKİMLİĞİ/ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ..

İŞ KAZASI TUTANAK FORMU

KAZA GEÇİREN ÇALIŞANIN BEYAN TARİHİ: …./…./……

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TC.KİMLİK NO |  | : |
| ADI-SOYADI |  | : |
| KURUM SİCİL NO |  | : |
| SİGORTA SİCİL NO |  | : |
| BABA ADI |  | : |
| DOĞUM YERİ |  | : |
| DOĞUM TARİHİ |  | : |
| GÖREV YAPTIĞI BİRİM |  | : |
| GÖREVİ / UNVANI |  | : |
| İŞE BAŞLAMA TARİHİ |  | : |
| KAZA TARİH VE SAATİ |  | : |
| KAZA ADRESİ |  | : |
| KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ | | : |

KAZA SONUCU TIBBI MÜDAHALE : Yapıldı ( ) / Yapılmadı ( )

TIBBİ MÜDAHALEYİ YAPAN : EV ADRESİ : TELEFONU :

UZUV KAYBI : Vardır ( ) / Yoktur ( )

KAZAYA AİT FOTOĞRAF ve KROKİ :

KAZANIN NASIL OLDUĞU :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Birim Amiri :

TC.Kimlik No :

Adı-Soyadı :

Görevi :

Adresi : Telefonu :

İmza :

Kazalı :

TC.Kimlik No :

Adı-Soyadı :

Görevi :

Adresi : Telefonu :

İmza :

Tanık(Varsa) :

TC.Kimlik No :

Adı-Soyadı :

Görevi :

Adresi : Telefonu :

İmza :