



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU

DOKÜMAN KODU	
YAYIN TARİHİ	22.10.2021
REVİZYON NO	-
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA SAYISI	2

Beyan Tarihi/...../.....

Kazayı Geçiren Çalışanın

T.C. Kimlik No

Adı Soyadı

Sicil No

Baba Adı

Doğum Yeri

Doğum Tarihi/...../.....

İkametgâh Adresi

Medeni Hali

Öğrenim Durumu

Görev Yaptığı Birim

Kadro/Ünvanı

Ev Adresi:

Telefon Numarası 0 ()

Mail Adresi@.....

Sene Başından İtibaren Kullandığı Yıllık İzin Miktarı

İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimi Almış Mı?

Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet

Kaza Tarihi Ve Saati/...../..... :

Kaza Adresi:

Kazanın Gerçekleştiği Mekân/Kurum

Kaza İş Yeri Dışında Mı?

Kazaya Sebep Olan Olay

Kazaya Sebep Olan Alt Olay

Kazaya Sebep Olan Araç Gereç

Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı

Kaza Günü İşe Başlama Saati :

Kaza Günü İş Bitirme Saati :

Kaza Sonrası İş Yerinin Durumu

Birimdeki Personel Sayısı Kadın () Erkek ()

Kaza Sonrası İşe Devam Etme Durumu

Kaza Sonucu Tıbbi Müdahale Yapıldı Mı? Yapıldı Yapılmadı

Tıbbi Müdahaleyi Yapan Kişinin Adı Soyadı

Yaranın Türü

Yaranın Vücuttaki Yeri

Uzuv Kaybı Var Yok



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU

DOKÜMAN KODU	
YAYIN TARİHİ	22.10.2021
REVİZYON NO	-
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA SAYISI	2

Kazaya Tanık Olan Var Mı?	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
Varsa Adı Soyadı		
Tanık T.C. Kimlik No		
Tanık Telefon Numarası	0 ()	
Tanık Mail Adresi@.....	
Tanık Ev Adresi:		
1. Derece Yakını Adı Soyadı		
1. Derece Yakını T.C. Kimlik No		
1. Derece Yakını Telefon Numarası	0 ()	
1. Derece Yakını Ev Adresi:		
<u>Kazanın Nasıl Olduğunu Anlatınız:</u>		

Tanık (Varsa) Adı Soyadı	Kazayı Geçiren Çalışanın
Adı Soyadı İmza	Adı Soyadı İmza
Birim Amiri	
Adı Soyadı İmza	