

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
.....**HASTANESİ/ BAŞHEKİMLİĞİ/ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**İŞ KAZASI TUTANAĞI**

**KAZA GEÇİREN ÇALIŞANIN**

**BEYAN TARİHİ: ..../..../.....**

<b>TC.KİMLİK NO</b>	:																			
<b>ADI-SOYADI</b>	:																			
<b>KURUM SİCİL NO</b>	:																			
<b>SİGORTA SİCİL NO</b>	:																			
<b>BABA ADI</b>	:																			
<b>DOĞUM YERİ</b>	:																			
<b>DOĞUM TARİHİ</b>	:	...../...../.....																		
<b>ADRESİ</b>	:																			
<b>TELEFON NUMARASI</b>	:	0	(					)												
<b>GÖREV YAPTIĞI BİRİM</b>	:																			
<b>GÖREVİ / UNVANI</b>	:																			
<b>İŞE BAŞLAMA TARİHİ</b>	:	...../...../.....																		
<b>KAZA TARİH VE SAATİ</b>	:	..... : .....      ...../...../.....																		
<b>KAZA ADRESİ</b>	:																			
<b>KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ</b>	:	..... : .....																		

<b>Kaza Sonucu Tıbbi Müdahale</b>	Yapıldı <input type="checkbox"/>	Yapılmadı <input type="checkbox"/>
<b>Tıbbi Müdahaleyi Yapan</b>		
<b>Uzuv Kaybı</b>	Vardır <input type="checkbox"/>	Yoktur <input type="checkbox"/>
<b>Kazaya Ait Fotoğraf ve Kroki</b>		

**KAZANIN NASIL OLDUĞU :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....

**Birim Amiri:**

---

**TC Kimlik No** : -----  
**Adı Soyadı** :  
**Görevi** :  
**Adresi** :

**Telefonu** : 0 (---) --- ---  
**İmza** :

**Kazalı:**

---

**TC Kimlik No** : -----  
**Adı Soyadı** :  
**Görevi** :  
**Adresi** :

**Telefonu** : 0 (---) --- ---  
**İmza** :

**Tanık (Varsa)**

---

**TC Kimlik No** : -----  
**Adı Soyadı** :  
**Görevi** :  
**Adresi** :

**Telefonu** : 0 (---) --- ---  
**İmza** :