



Özel EKOL HASTANESİ
İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM FORMU
(TESİS KAYNAKLI)



Düzenlenme Tarihi/...../..... Saat:
Olay tarihi/...../..... Saat:
Kişinin çalışma saati	
Olay anında kişi	Mesai içi <input type="radio"/> Mesai dışı <input type="radio"/>
Kişinin Adı Soyadı	
T.C . Numarası, ünvanı	TC:..... Ünvanı:.....
Kişinin	Çalıştığı bölüm:.....Çalıştığı bölüm tel no:.....
Olayın Meydana Geldiği Bölüm	
Kişi	<input type="radio"/> Kadın <input type="radio"/> Erkek <input type="radio"/> Evli <input type="radio"/> Bekar Yaşı:.....
Bu meslekte toplam çalışma yılı:..... Bu bölümde toplam çalışma süresi:.....	
Kişinin öğrenim durumu: <input type="radio"/> İlköğretim <input type="radio"/> Orta Öğretim <input type="radio"/> Yük. okul <input type="radio"/> Üniversite <input type="radio"/> Yük. Lisans <input type="radio"/> TıpUzmanlığı	
Olay anında çalışanın yaptığı iş	
Olay yerinde olan toplam kişi sayısı:.....	Zarar gören kişi sayısı :..... Zarar görmeyen kişi sayısı:.....
Olay sonucu ölü ve yaralı sayısı	Ölü sayısı..... Yaralı sayısı.....
Olay sonucu kişi	<input type="radio"/> Kişi zarar görmedi çalışmaya devam ediyor
Olay sonucu kişi	<input type="radio"/> Ayakta tedavi gördü çalışmaya devam ediyor
Olay sonucu kişi	<input type="radio"/> Raporlu, raporlu gün sayısı
Olay sonucu kişi	<input type="radio"/> Hastaneye yattı, yattığı gün sayısı
Olay sonucu kişi	<input type="radio"/> Öldü
Olayı gören	Var <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/>
1.Şahit/şahitlerin adı soyadı ve imzası /Şahidin Adresi ve Tel No:	
Olayın sebebini ve olayı açıklayınız:	
Formu dolduran kişinin adı soyadı :	İmzası:
Olay ile ilgili bir tutulan bir tutanak ile birlikte bu Form Kalite Yönetim Birimine ve Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine teslim edilir.	

<i>Doküman No</i> GR.FR.04	<i>Yayın Tarihi</i> 01.01.2023	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 1 / 1
--------------------------------------	--	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------