



Özel EKOL HASTANESİ
İŞ YERİ KAZA BİLDİRİM FORMU



Düzenlenme Tarihi/...../..... Saat:
Kaza tarihi/...../..... Saat:
Kaza gününde kişinin çalışma saati	
Kaza anında kişi	Mesai içi <input type="radio"/> Mesai dışı <input type="radio"/>
Kazaya Uğrayan Kişinin Adı Soyadı	
T.C . Numarası, ünvanı	TC:..... Ünvanı:.....
Kazaya Uğrayan Kişinin	Çalıştığı bölüm:.....Çalıştığı bölüm tel no:.....
Kazanın Meydana Geldiği Bölüm	
Kazaya Uğrayan 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:.....
Kazaya uğrayan 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
Yaralanma Şekli	
Kazada Yaralanan Uzun/uzuvlar	
Kaza anında çalışanın yaptığı iş	
Kazadan sonra ne yaptınız?	<input type="radio"/> Tedavi için müracaat etmedim <input type="radio"/> Tedavi için müracaat ettim
Tedavi için müracaat ettiği bölüm/bölmeler	
Müracaat ettiği bölüm Dr. Adı soyadı	
Müracaat ettiğim bölüm doktorunun hakkımda verdiği karar	<input type="radio"/> Tedavi verdi <input type="radio"/> Tedavi vermedi <input type="radio"/> Başka bölüm/hastaneye sevk etti <input type="radio"/> Aşış önerdi <input type="radio"/> Takip önerdi
Kaza yerinde olan toplam kişi sayısı:.....	Zarar gören kişi sayısı :..... Zarar görmeyen kişi sayısı:.....
Kaza sonucu ölü ve yaralı sayısı	Ölü sayısı..... Yaralı sayısı.....
Kaza sonucu kişi	<input type="radio"/> Kişi zarar görmedi çalışmaya devam ediyor
Kaza Sonucu kişi	<input type="radio"/> Ayakta tedavi gördü çalışmaya devam ediyor
Kaza sonucu kişi	<input type="radio"/> Raporlu, raporlu gün sayısı
Kaza sonucu kişi	<input type="radio"/> Hastaneye yattı, yattığı gün sayısı
Kaza sonucu kişi	<input type="radio"/> Öldü
Kazayı gören	Var <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/>
1.Şahit/şahitlerin adı soyadı ve imzası /Şahidin Adresi ve Tel No:	
1.Derece yakınının adı soyadı:	
1.Derece yakınının Adresi ve Tel No:	
Kazanın 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.03	<i>Yayın Tarihi</i> 01.01.2008	<i>Revizyon No</i> 03	<i>Revizyon Tarihi</i> 30.04.2024	<i>Sayfa No</i> 1 / 1
--------------------------------------	--	---------------------------------	---	---------------------------------