|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |
| Kadrosu/Ünvanı |  | | |
| Ev Adresi: |
| Telefon Numarası |  | | |
| 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 | |
| **Kazaya Tanık Olan Var Mı?** | Var | Yok | |
| Varsa Adı Soyadı |  | | |
| Tanık T.C. Kimlik No |  | | |
| Tanık Telefon Numarası |  | | |
| Tanık Mail Adresi |  | | |
| Tanık Ev Adresi: | | | |
| **1. Derece Yakını** Adı Soyadı |  | | |
| 1. Derece Yakını T.C. Kimlik No |  | | |
| 1. Derece Yakını Telefon Numarası |  | | |
| 1. Derece Yakını Ev Adresi: | | | |
| **Kazanın Nasıl Olduğunu Anlatınız:** | | | |

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