T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

………………………HASTANESİ/ BAŞHEKİMLİĞİ/ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ..

 İŞ KAZASI TUTANAK FORMU

KAZA GEÇİREN ÇALIŞANIN BEYAN TARİHİ: …./…./……

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TC.KİMLİK NO  |   |  :  |
| ADI-SOYADI  |   |  :  |
| KURUM SİCİL NO  |   |  :  |
| SİGORTA SİCİL NO  |   |  :  |
| BABA ADI  |   |  :  |
| DOĞUM YERİ  |   |  :  |
| DOĞUM TARİHİ  |   |  :  |
| GÖREV YAPTIĞI BİRİM  |   |  :  |
| GÖREVİ / UNVANI  |   |  :  |
| İŞE BAŞLAMA TARİHİ  |   |  :  |
| KAZA TARİH VE SAATİ  |   |  :  |
| KAZA ADRESİ  |   |  :  |
| KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ  |  :  |

KAZA SONUCU TIBBI MÜDAHALE : Yapıldı ( ) / Yapılmadı ( )

TIBBİ MÜDAHALEYİ YAPAN : EV ADRESİ : TELEFONU :

UZUV KAYBI : Vardır ( ) / Yoktur ( )

KAZAYA AİT FOTOĞRAF ve KROKİ :

KAZANIN NASIL OLDUĞU :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Birim Amiri :

TC.Kimlik No :

Adı-Soyadı :

Görevi :

Adresi : Telefonu :

İmza :

Kazalı :

TC.Kimlik No :

Adı-Soyadı :

Görevi :

Adresi : Telefonu :

İmza :

Tanık(Varsa) :

TC.Kimlik No :

Adı-Soyadı :

Görevi :

Adresi : Telefonu :

İmza :