|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **TC.**  **SAĞLIK BAKANLIĞI**  **Giresun İl Sağlık Müdürlüğü** | | | | |
| **KAZA-OLAY BİLDİRİM FORMU** | | | | | |
| Kurum Adı: | | | | Tarih: / / | |
| Tel: | | | İl-İlçe: | | |
| Kaza Geçirenin Adı Soyadı: | | | Görevi: | | |
| TC. Kimlik No: | | | Doğum Tarihi: / / | | |
| Cinsiyeti: Erkek Kadın | | | Medeni Hali : Evli Bekar | | |
| İş Kazasının Tarihi-Saati : / / \_ \_/\_ \_ | | | Kaza Anında Yaptığı İş: | | |
| Tanıklar (Eğer varsa; açık isimleri görev/unvanı, iletişim bilgileri | | | | | |
| Olayın Meydana Geldi Yer: | | | | | |
| **OLAYIN KONUSU** | | | | | |
| Düşme-Çarpma-Yaralanma | |  | Biyolojik Etkene Maruz Kalma | |  |
| Kimyasal Maddeye Maruz Kalma | |  | Kesici-Delici Alet Yaralanmaları | |  |
| Ofis Kazaları | |  | Elektrik Kazaları | |  |
| Yangın/Yanık | |  | Trafik/Ulaşım Kazaları | |  |
| Patlama | |  | Diğer(Belirtiniz) | |  |
| **KAZANIN OLASI NEDENLERİ** | | | | | |
| Yetkisi Olmadan Çalışmak | |  | Kullanılan Cihazın Hatalı/Arızalı Olması | |  |
| Ekipman Kullanım Hatası | |  | Talimatlara Uymamak | |  |
| Yorgunluk/Uykusuzluk | |  | Moral Bozukluğu/Korku/Dalgınlık | |  |
| Yetersiz Uyarı/Alarm Sistemi | |  | Emniyetsiz İstifleme | |  |
| Uygun Olmayan Hava Şartları | |  | Kapatılmamış Boşluklar | |  |
| Emniyetsiz Davranış | |  | Kaygan Zemin | |  |
| Yetersiz Aydınlatma | |  | Elektrik Sistemlerinde Arıza | |  |
| Kötü Hava Koşulları | |  | Ekipman Kullanım Hatası | |  |
| Gürültü | |  | Kişisel Koruyucu Donanım Kullanmamak | |  |
| Disiplinsizlik/Ciddiyetsiz Çalışma | |  | Kişisel Koruyucu Donanım Eksikliği/Uygunsuzluğu | |  |
| Yangın Tehlikesi | |  | Yanlış Kaldırma | |  |
| Düzensiz Ortam | |  | Uygun Olmayan Hız | |  |
| Yetersiz İkaz Levhası | |  | Patlama/Parlama Tehlikesi | |  |
| Dökülme Saçılma | |  | Diğer(Belirtiniz) | |  |
| **KAZA SONUCU YAPILAN İŞLEMLER**  İş Yerinde Yapılan Müdahale/İşlem: | | | | | |
| Personel herhangi bir zaman ve işgücü kaybı olmaksızın işe döndü  Personel …. gün rapor aldı Kaza Sonucu Ölüm Diğer(Belirtiniz)…………………………………… | | | | | |
| Birim Amirinin Adı Soyadı ve İmzası Tarih: .…/……/……… | | | | | |

Kurum tarafından doldurularak; Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirilecektir.