

	İŞ KAZASI ve MESLEK HASTALIĞI TUTANAĞI	Doküman No	-
		İlk Yayın Tarihi	-
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No	1 / 1

1	İŞYERİNİN	SSK Sicil No :
		Unvanı :
		Adresi :
		Çalışan Sayısı : Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Eski Hük. <input type="checkbox"/> Engelli <input type="checkbox"/> Stajyer <input type="checkbox"/>
2	İŞ KAZASI	Kaza Tarihi : .../.../..... Kaza Gününde İşbaşı Saati : ..../.... Kazanın olduğu saat : ..../....
		Kazanın Meydana Geldiği Bölüm :
		Yaranın Vücuttaki Yeri:
		Yaralanma Türü:
		Yaralanmanın Nedeni:
3	YAKININ	Adı Soyadı : T.C. Kimlik Nu : Adresi : Telefon Nu :
4	MESLEK HASTALIĞI	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi:
		Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi ile Sevk Edilenin Çalıştığı Bölüm / İş:
		Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü:
		Meslek Hastalığının Saptanma Şekli: <input type="checkbox"/> Periyodik Muayene ile <input type="checkbox"/> Üst Kurum Sevki ile <input type="checkbox"/> Meslek Hast. Hastanesinde <input type="checkbox"/> Diğer
5	KAZAZEDE / MESLEK HASTALIĞI TANISI ŞÜPHELİSİ	Adı Soyadı :
		Cinsiyeti : E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
		Sigorta Sicil No :
		Doğum Tarihi :
		İşe Giriş Tarihi :
		Esas İş (Mesleği) :
		Medeni Hali : Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>
		Öğrenim Durumu : İlköğretim <input type="checkbox"/> Ort.Öğr. <input type="checkbox"/> Y.Okul <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Y. Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>
		Kaza Anında Yaptığı İş :
		Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız):

	İŞ KAZASI ve MESLEK HASTALIĞI TUTANAĞI	Doküman No	-
		İlk Yayın Tarihi	-
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No	1 / 1

6	KAZAZEDE DURUMLARI	Kaza Sonucu Ölü/Yaralı Sayısı : Ölü <input type="checkbox"/> Ağır Yaralı <input type="checkbox"/> Uzun Kaybı <input type="checkbox"/> Hafif Yaralı <input type="checkbox"/>			
		Kaza Sonucu Yaralanan Çalışanlardan İstirahat Alanların Sayısı : 1.Gün <input type="checkbox"/> 2.Gün <input type="checkbox"/> 3. Gün <input type="checkbox"/> 3 Günden Fazla veya Açık İstirahat <input type="checkbox"/>			
7	ŞAHİT	Kazayı Gören : Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>			
		Adı Soyadı :			
		Adresi :			
		İmzası :			
		Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız):			
7	KÖK NEDEN ANALİZİ (BEŞ NEDEN TEKNİĞİ)	Kaza Neden Oldu?			
		Kaza Neden Oldu?			
		Kaza Neden Oldu?			
		Kaza Neden Oldu?			
		Kaza Neden Oldu?			
8	DÜZELTİCİ VE ÖNLEYİCİ FAALİYET	Düzeltilici Önleyici Faaliyet	Sorumlu Kişi	Termin Tarihi	Durumu
10	İLK AMİR DEĞERLENDİRMESİ	Adı Soyadı : Adresi : İmza :			
		Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız):			
11	ONAY	Hazırlayan	Onaylayan(Birim Amiri)		
		Adı Soyadı : Görevi : Adresi : İmza :	Adı Soyadı : Görevi : Adresi : İmza :		