|  |  |
| --- | --- |
| Beyan Tarihi |  |
| **KAZAYI GEÇİREN PERSONELİN;** |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Adı Soyadı |  |
| Öğrenim Durumu |  |
| Görev Yaptığı Birim |  |
| Kadrosu/Ünvanı |  |
| Telefon Numarası |  |
| İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Almış Mı? | Evet ( ) | Hayır ( ) |
| Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet |  |
| Kaza Tarihi ve Saati |  |
| Kazanın Gerçekleştiği Mekân/Birim/Fakülte/Yüksekokul (Kurum dışı ise adresi) |  |
| Kaza İş Yeri Dışında Mı? | Evet ( ) | Hayır ( ) |
| Kazaya Sebep Olan Olay |  |
| Kazaya Sebep Olan Araç Gereç |  |
| Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı |  |
| Kaza Sonrası İş Yerinin Durumu |  |
| 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 Mı? | Var ( ) | Yok ( ) |
| **Kazaya Tanık Olan Var Mı?** | Var ( ) | Yok ( ) |
| Varsa Adı Soyadı |  |
| Tanık T.C. Kimlik No |  |
| Tanık Telefon Numarası |  |
| **Kazanın Nasıl Olduğunu Anlatınız:** |
| Tanık (Varsa) Adı Soyadıİmza | Kazayı Geçiren Çalışanın Adı Soyadıİmza |
| Birim Müdür/Dekan Adı Soyadıİmza |