|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 Soyadı  İmza | Kazayı Geçiren Çalışanın Adı Soyadı  İmza | | | | |
| Birim Müdür/Dekan Adı Soyadı  İmza | | | | | |