|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| E:\YEDEK MASAÜSTÜ\T.C. Sağlık Bakanlığı Logo1.PNG | **SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ**  **RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ**  ***“BİRLİK’ te Sağlıklı Gelecek”*** | | | | |
| **ALT İŞVEREN / STAJYER PERSONELİ İŞ KAZASI TUTANAĞI FORMU** | | | | |
| **DOKÜMAN NO** | | **YAYIN TARİHİ** | **REV.NO/TARİHİ** | **SAYFA** | **SKS KODU** |
| **SÇ.FR.478** | | **07.10.2016** | **03/03.11.2017** | **1 / 1** | **HSÇ06.03** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **İşyeri Bilgileri:** | | | | |
| **Sigortalı Bilgileri:** | | | | |
| Adı Soyadı: |  | | | |
| TC. Kimlik No: |  | Uyruğu | | : |
| Doğum Tarihi: |  | Görevi | | : |
| Çalıştığı Birim: |  | İstihdam Durumu: | | |
| Adresi: |  | | | |
| Cep Tel: |  | Ev Tel: | | |
| Olayı Görenin Unvanı :  Adı –soyadı TC tel Adresi: | 1.Kişi: | 2.Kişi: | | |
| Yaranın Türü: |  | | | |
| Yaranın Vücuttaki Yeri: |  | | | |
| Yaralanmaya Neden Olan Araç/Gereç: Hasta Adı-Soyadı T:C Tel Adres: | 1.Kişi: 2.Kişi: | | | |
| Olayın Yeri, Tanımı, Oluş Şekli ve Sonucu: |  | | | |
| İş Kazası Tarihi: |  | Kaza Saati: | | |
| □ Psiko-sosyal destek almak istedi. □ Psiko-sosyal destek almak istemedi. | | | | |
| **Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır:** | | | | |
| Çalışılan Ortam: |  | | | |
| Meslek Hastalığı Saptanma Şekli: |  | | | |
| Meslek Hastalığı Etkeni: |  | | | |
| Meslek Hastalığı Etken Süresi: |  | | | |
| İş Göremezlik Seviyesi: |  | | | |
| Meslek Hastalığı Tanısı: |  | | | |
| Meslek Hastalığı Tanı Tarihi: |  | | | |
| **İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Bildirim Bilgileri:** | | | | |
| Belgenin Düzenlendiği Tarih |  | | | |
| Bildirim Tarihi |  | | Bildirim Saati: | |
| Bildirimi Yapan Kişi Bilgileri |  | | | |

Yukarıda bilgileri bulunan Çalışan /Öğrenciniz iş kazası geçirmiştir. Olay İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimimizce kayıt altına alınmıştır.

Söz konusu iş kazası vakasının *6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nun 14. Maddesi* gereği Sosyal Güvenlik Kurumuna **3 iş günü** içerisinde bildirimi yapılması zorunludur. Personelin asıl işvereni olmanız nedeniyle İş kazası bildiriminin tarafınızın yükümlülüğünde olduğunu hatırlatır gerekli işlemlerin yapılması hususunu arz ederim. İki nüsha halinde düzenlenmiştir. . . . . / . . . . / 2016

|  |  |
| --- | --- |
| **İş Sağlığı Güvenliği Birimi** | **Alt İşveren Temsilcisi** |
|  | |
| **Opr.Dr.H. Yalçın BÜYÜKKARABACAK**  **Hastane Yöneticisi** | |