|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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”*** | | | | |
| **İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU** | | | | |
| **DOKÜMAN NO** | | **YAYIN TARİHİ** | **REV.NO/TARİHİ** | **SAYFA** | **SKS KODU** |
| **SÇ.FR.286** | | **30.12.2015** | **05/03.11.2017** | **1 / 1** | **HSÇ06.03** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **İşyeri Bilgileri:** | | | | |
| **İş Yeri No:** | **1-861004-1-0115500-167175-55-18-00** | | | |
| **İşyeri bağlı Bulunduğu Ünite:** | 0001 | | | |
| **İşyeri bağlı Bulunduğu İl:** | SAMSUN | | | |
| **İş Yeri Adres:** | Unkapanı Mah .Leventler Sk.No:1İlkadım /Samsun | | | |
| **İş Yeri Unvan:** | Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Baştabipliği | | | |
| **İş Yeri Tel:** | 0 362 435 60 50 | | **İş Yeri Faks:** 0 362 431 78 53 | |
| **Sigortalı Bilgileri:** | | |  | |
| **Adı Soyadı:** |  | | **Çalıştığı Birim:** | |
| **TC. Kimlik No:** |  | | **Uyruğu:** | |
| **Unvanı, Sicil No:** |  | | **İstihdam Durumu:** | |
| **Doğum Yeri ve Tarihi:** |  | | **Medeni Hali:** | |
| **Adresi:** |  | | | |
| **Cep Tel:** |  | | | **Ev Tel:** |
| **Olayı Görenin Adı-Soyadı T.C. Tel, Adresi** | **1.Kişi** | | | **2.Kişi** |
| **Olaya Neden Olan Kişinin Adı Soyadı, T.C.Tel,Adresi,** |  | | |  |
| **Yaranın Türü:** |  | | | |
| **Yaranın Vücuttaki Yeri:** |  | | | |
| **Yaralanmaya Neden Olan Araç/Gereç, Kısa Açıklaması:** |  | | | |
| **İş Kazası Tarihi:** |  | | **Kaza Saati:** | |
| **Bildirim Tarihi:** |  | | **Bildirim Saati:** | |
| □ Psiko-sosyal destek almak istedi. □ Psiko-sosyal destek almak istemedi. | | | | |
| **İş Kazası Bildirim Bilgileri:** | | | | |
| **Bildirimi Hazırlayan:** |  | | | |
| **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:** |  | | | |
| **Bildirim Tarihi:** |  | **Bildirim Saati:** | | |

**NOT: 6331 sayılı kanunun 14. Maddesi 2. Fıkrasına göre İşveren; İş kazalarını kazadan sonraki üç iş günü içinde, Sağlık hizmeti sunucuları veya işyeri hekimi tarafından kendisine bildirilen meslek hastalıklarını, öğrendiği tarihten itibaren üç iş günü içinde, Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirmesi kanuni zorunluluktur. Bildirim süresi aşıldığında aynı kanunun 26 Maddesinin 1. Fıkrasının e) bendine göre idari para cezası uygulanmaktadır.** Bu Formda hastanın kişisel bilgileri, iş kazası bilgileri, iş kazasının meydana geldiği kurum veya Firma bilgilerinin ve kaza sonucu yaranın vücuttaki yerinin doldurulması zorunludur. Formu Doldurduktan sonra ***İş Sağlığı ve Güvenliği Birimine teslim ediniz.***