|  |
| --- |
| **KAZAZEDE BİLGİLERİ** |
| Adı Soyadı |  | Bölümü/Görevi |   |
| T.C. Kimlik No |  | Öğrenim Durumu |   |
| Doğum Tarihi ve Yeri |  - .…. / .… / ….…… | İşe Giriş Tarihi |   |
| Telefonu |  | Rapor Düzenlenme Tarihi |  .…. / .…. / 202…  |
| Ev Adresi |   |
| **KAZA BİLGİLERİ** |
| Kaza Yeri |   | Kaza Tarih ve Saati |  .…. / .…. / 202… -  |
| Kaza Günü İşbaşı Saati |  | Kaza Günü Çalışma Saati |  / |
| Kaza Anında Yaptığı İş /Kullandığı Alet, Ekipman |   | Kazaya Neden Olan Durum Ve/Veya Davranış |  Tehlikeli Durum Tehlikeli Davranış |
| Kazanın Oluş Şekli |   |
| **KAZAZEDE YAKINI** | Adı Soyadı:  | T.C. Kimlik No : |
|  |   Adres :  Tel No: |
| **GÖRGÜ ŞAHİTLERİ** | 1. Şahit (Varsa) | 2. Şahit (Varsa) |
| Adı Soyadı |   | Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No |  | T.C. Kimlik No |  |
| Görevi |  | Görevi |  |
| Ev Adresi |  | Ev Adresi |   |
| Telefonu |   | Telefonu |   |
| İmza |   | İmza |   |
| **KAZA SONUCU** |   |   | **KAZA SONUCUNDA OLUŞAN**  |
| Kaza Sonucu Uzuv Kaybı |  Var Yok | Tahribat |   |
| İş Göremezlik Durumu |  Var (……Gün) Yok | Hastane Yatış Durumu |  Var (…… Gün) Yok |
| Tedavi Olunan Hastane  |  |
|   Tedavi Eden Doktor |   |
| **Not: Kaza olay yeri belge, görsel ve tutanakları forma eklenmelidir.** |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |