



GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
İŞ KAZASI TUTANAK FORMU



TUTANAK

Kazaya Maruz Kalan Personelin/Öğrencinin

Adı Soyadı:

Bölümü:

T.C Kimlik No:

Tel No:

Unvanı:

e-mail:

Cinsiyet:

Ev adresi:

Olayın olduğu tarih:

Kazanın türü:

Olayın olduğu saat:

Kazadan etkilenen vücut bölgesi:

Olayın olduğu yer:

Kaza sonrası sağlık gözetimi gerekli mi?
() Evet () Hayır

Olayı anlatınız

Olaya Maruz Kalan Kişi

Adı-Soyadı:

İmza:

Tanık Olan Kişi

Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik no:

Tel:

İmza:

Bölüm Sorumlusu

Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik no:

Tel:

İmza: