



SELÇUK  
ÜNİVERSİTESİ

Kodu  
SÇ.FR.14

# İŞ YERİ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Sayfa No / Sayfa Sayısı  
1/2

Yayın tarihi  
10.08.2017

Revizyon No  
1

Revizyon tarihi  
27.05.2024

1	İşyerinin	SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ			
		Adresi : AKADEMİ MAH. YENİ İSTANBUL CAD. NO: 309 Selçuklu/KONYA			
2	Kaza Tarihi: ..... Kaza Gününde İşbaşı Saati : ..... Kazanın olduğu saat: .....				
	Kazanın Meydana Geldiği Bölüm: Kazada Yaralanan Uzuv - Yaralanma Şekli :				
3	Çalışanın 1. derece yakınının Adı Soyadı Açık adresi :				
4	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi :				
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Sevk edilenin Çalıştığı Bölüm / İş:				
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü :				
	Meslek Hastalığının Saptanma Şekli: Periyodik <input type="checkbox"/> Üst Kurum <input type="checkbox"/> Meslek Hast. <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Muayene ile <input type="checkbox"/> Sevki ile <input type="checkbox"/> Hastanesinde <input type="checkbox"/>				
5	Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk Edilenin	Adı Soyadı :			
		Cinsiyeti : E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>			
		Sigorta Sicil No/TC No :			
		Yaşı :			
		İşe Giriş Tarihi :			
		Esas İş (Mesleği) :			
		Medeni Hali : Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/>			
Öğrenim Durumu : İlköğretim <input type="checkbox"/> Ort.okul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Y. Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>					
Kaza Anında Yaptığı İş :					
6	Kaza sonucu ölü yaralı sayısı : Ölü <input type="checkbox"/> Ağır Yaralı <input type="checkbox"/> Uzuv Kaybı <input type="checkbox"/> Hafif Yaralı <input type="checkbox"/>				
	Kaza sonucu yaralanan işçilerden İstirahat alanların sayısı : 1.Gün <input type="checkbox"/> 2.Gün <input type="checkbox"/> 3. Gün <input type="checkbox"/> 3 günden fazla veya açık istirahat <input type="checkbox"/>				
	Kazayı Gören : Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>				
	Şahitlerin Adı Soyadı :				
	1)				
	2)				
	3)				
	4)				
	Şahitlerin Adresi :				
	1)				
2)					
3)					
4)					
Şahitlerin İmzası :					



SELÇUK  
ÜNİVERSİTESİ

Kodu  
SÇ.FR.14

## İŞ YERİ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Yayın tarihi  
10.08.2017

Revizyon No  
1

Revizyon tarihi  
27.05.2024

Sayfa No / Sayfa Sayısı  
2/2

Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız) :		7 İşveren veya Vekilinin Adı ve Soyadı İmzası
Ad Soyad :		
İmza:		

**Not:** 1) İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazı ile ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu md. 77) Bu bildirim zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.  
2) 1, 3, 5 ve 7. bölümler hem kaza, hem de meslek hastalığı bildirim durumunda, 2 ve 6. bölümler sadece kaza bildirim durumunda, 4. bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirim durumunda, doldurulacaktır.

Hazırlayan	Kontrol Eden Kal. Yön. Direkt.	Onaylayan Dekan