

İş Kazası Bildirim Formu

Kadrolu İşçi Sözleşmeli Personel İzelman İzenerji

İşyeri Bilgileri

1	Bağlı Bulunduğu İl:		Tel	
	İşyeri Sicil No:		Fax	
	İşyerinin Unvanı ve Adresi:			
	Daimi İşçi sayısı:	Erkek:	Kadın:	Çocuk:
	Engelli	Hükümlü:	Eski hük.:	GENEL TOPLAM:

İş Kazasına Uğrayanın Kişisel Bilgileri

2	ADI SOYADI:	Cinsiyeti		Doğum Tarihi		TC NO:			
		E	K/...../.....		SGK Sicil No:			
	ADRESİ:	İşe Giriş Tarihi		Medeni Hali:		Evli	Boşanmış	Dul	Bekar
	/...../.....							
		PRİM ÖDEME HALİ		ÇALIŞMA ŞEKLİ		ÖĞRENİM DURUMU			
		Sona Ermedi		Tam zamanlı		Okur Yazar Değil		Yüksek Okul	
		Sona Erdi		Kısmi Zamanlı		Okur Yazar		Üniversite	
	Son Bir Yıl İçindeki Toplam Ücretli İzin Gün Sayısı	Sona erdi ise tarih:		Diğer :		İlkÖğretim		Y.Lisans	
	/...../.....				Ortaöğretim		Doktora	
	Esas işi (Mesleği) İSCO Kodu :			Uyruğu (Yabancı ise ülke adı):					
İş kazasına uğrayan işçinin 1.derece yakınının Adı Soyadı:									
TC:									
Adresi:									

İş Kazası Bildirim Formu

İş Kazası Bilgileri

3	Kaza tarihi:/...../.....	Kaza günü iş başı- iş sonu (vardiya) saatleri				Kazanın saati:
		iş başı:		iş sonu:		
4	Kaza sonucu İş Göremezliği :	var		yok		derhal ölüm
5	Kaza Anında Yaptığı İş:					
6	Kazaya Sebep Olan Olay: (Tablo-1'e göre doldurulacak)					
7	Kazaya Sebep Olan Araç Gereç: (Tablo-2'ye göre doldurulacak) :					
8	Kazanın Gerçekleştiği Yer/Bölüm: (Tablo-3'e göre doldurulacak):					
9	Kaza Anda Kazadenin Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet: (Tablo-4'e göre doldurulacak)					
10	Kazadan Az Önceki Zamanda Kazazedenin Yürüttüğü Özel Faaliyet: (Tablo-5'e göre doldurulacak)					
11	Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Araç/Gereç: (Tablo-6'ya göre doldurulacak)					
12	Yaralanmaya Neden Olan Olay: (Tablo-7'ye göre doldurulacak)					
13	Yaralanmaya Neden Olan Araç Gereç: (Tablo-8'e göre doldurulacak)					
14	Yaranın türü : (Tablo-9'a göre doldurulacak)					
15	Yaranın Vücuttaki Yeri: (Tablo-10'a göre doldurulacak)					
16	Çalışılan çevre (Tablo-11'e göre doldurulacak) :					
17	Çalışılan Ortam:	<input type="checkbox"/> 1.belirtilmemiş	<input type="checkbox"/> 2.sürekli çalıştığı sabit iş yeri	<input type="checkbox"/> sabit olmayan geçici işyeri	<input type="checkbox"/> er	
18	Kazayı Gören:		Var		Yok	
	1. Şahit	Adı Soyadı:	Adresi:			İmza
		TC :	Tel:			
	2. Şahit	Adı Soyadı:	Adresi:			İmza
	TC :	Tel:				
18	Kazanın oluş şekli ile ilgili kazayı görenin / görenlerin beyanı (KENDİ EL YAZILARI İLE DOLDURULACAK) :					
19	Kazadan sonra sigortalı ne yaptı?	<input type="checkbox"/> 1.çalışmaya devam etti	<input type="checkbox"/> 2. derhal bıraktı	<input type="checkbox"/> bir süre sonra bıraktı		

İş Kazası Bildirim Formu

20	Kazanın Gerçekleştiği Yer	<input type="checkbox"/> 1. işyerinde	<input type="checkbox"/> işyeri dışında		
21	Kazanın Gerçekleştiği Ortam	<input type="checkbox"/> 1. ara dinlenmesinde	<input type="checkbox"/> 2. çalışırken		
22	Kaza Sonucu İşgöremezliği	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
23	İş görmezlik sonucu	<input type="checkbox"/> Ölüm	<input type="checkbox"/> Yaralanma	<input type="checkbox"/> Üz Kaybı	<input type="checkbox"/> Diğer
24	Tıbbi müdahale yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> 1.yapılmadı	<input type="checkbox"/> derhal yapıldı	<input type="checkbox"/> Daha sonra yapıldı	
25	Tıbbi müdahalenin yapıldığı il:		Tıbbi müdahalenin yapıldığı ilçe:		
26	Tıbbi müdahale tarihi:		Tıbbi müdahale saati:		
27	Tıbbi Müdahaleyi Yapan Kişinin Adı Soyadı Ünvanı: (doktor....., hemşire.....)				
28	Tıbbi müdahalenin yapıldığı adres (hastane yazılabilir)				
29	Kazanın Sebebi:				
	Kazanın oluş şekli (Birim Amiri Tarafından Doldurulacaktır) :				
	Not: İşverenler İşyerinde meydana gelen iş kazasının kazadan sonraki 3 iş günü içerisinde ve tespit edilecek meslek hastalığını ise öğrendiği günden başlayarak 3 iş günü içinde Sosyal Güvenlik İl/Merkezi Müdürlüğüne bildirmekle yükümlüdürler. (5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu md.13,md.14) (6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu md.14)				
KAZAZEDE ve ŞAHİTLERİN nüfus cüzdan fotokopileri, telefon numaraları ve iletişim adresleri			(KAŞE İMZA) ONAY BİRİM AMİRİ		
KAZAZEDENİN iş kazası tutanağı, doktor raporu ve birinci derece yakınının nüfus cüzdan fotokopileri ve iletişim adresleri ile birlikte İş Sağlığı ve Güvenliği Birimine 2 iş günü içerisinde teslim edilmesi gerekmektedir.					
MÜDÜRLÜĞÜNÜZÜN İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI İLE İRTİBATA GEÇİNİZ İş Sağlığı ve Güvenliği Şube Müdürlüğü: 895 sk. No:7 kat :3 Tel: 293 90 36 – 293 32 11 Konak / İZMİR					