

İŞYERİ KAZA VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

Düzenlenme tarihi :

1	İşyerinin	Bölge Müdürlüğü Sicil No :													
		Unvanı													
		Adresi													
		İşçi Sayısı	Erkek <input type="text"/>	Kadın <input type="text"/>	Çocuk <input type="text"/>	Eski Hük <input type="text"/>	Özürlü <input type="text"/>	Stajyer <input type="text"/>							
2	Kaza Tarihi		Kaza Gününde İşbaşı Saati		Kazanın olduğu saat										
	Kazanın Meydana Geldiği Bölüm :														
	Kazada Yaralanan Uzun – Yaralanma Şekli														
3	İşçinin 1. derece yakınının Adı Soyadı														
	Açık adresi														
4	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi														
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi ile Sevk edilenin Çalıştığı Bölüm / İş :														
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü														
	Meslek Hastalığının Saptanma Şekli:														
Periyodik Muayene ile		<input type="text"/>	Üst Kurum Sevki ile	<input type="text"/>	Meslek Hast Hastanesinde	<input type="text"/>	Diğer	<input type="text"/>							
5	Kazade veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi ile Hastaneye Sevk edilenin	Adı Soyadı													
		Cinsiyeti		E	<input type="text"/>	K	<input type="text"/>								
		Sigorta Sicil No													
		Yaşı													
		İşe Giriş Tarihi													
		Esas İş (Mesleği)													
		Medeni Hali		Evli	<input type="text"/>	Bekar	<input type="text"/>	Dul	<input type="text"/>						
		Öğrenim Durumu		İlköğretim	<input type="text"/>	Orta Öğr.	<input type="text"/>	Y.Okul	<input type="text"/>	Üniversite	<input type="text"/>	Y.Lisans	<input type="text"/>	Doktora	<input type="text"/>
		Kaza Anında Yaptığı İş :													
		6	Kaza sonucu ölü yaralı sayısı		Ölü	<input type="text"/>	Ağır Yaralı	<input type="text"/>	Uzuv Kaybı	<input type="text"/>	Hafif Yaralı	<input type="text"/>			
Kaza sonucu yaralanan işçilerden İstirahat alanların sayısı			1.gün	<input type="text"/>	2.gün	<input type="text"/>	3.günden fazla	<input type="text"/>							
Kazayı Gören			Var	<input type="text"/>	Yok	<input type="text"/>									
Şahitlerin Adı Soyadı															
Şahitlerin Adresi															
Şahitlerin İmzası															
Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız) :						7									
						İşveren veya Vekilinin Adı ve Soyadı İmzası									

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 bildirimi zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.

- 2- 1, 3, 5 ve 7. inci bölümler hem kaza, hem de meslek hastalığı bildirim durumunda
2 ve 6. ıncı bölümler sadece kaza bildirim durumunda
4. üncü bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirim durumunda
doldurulacaktır. (Formun ön yüzü yetmediği takdirde arka yüzü kullanılabilir)