İŞ KAZASI BİLGİ FORMU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| İşçi Adı Soyadı |  | |
| T.C. Kimlik No |  | |
| Kazaya Uğrayan İşçi Telefon Ve E-Mail |  | |
| Kazaya Uğrayanın İşyerindeki Görevi | Temizlik İşçisi ( ) Güvenlik İşçisi ( ) Tarım İşçisi ( ) | |
| Kazaya Uğrayan İşçinin Ev Adresi |  | |
| Kazaya uğrayan İşçinin Bir **Yakınının**  adı soyadı- TC. Kimlik no – ev adresi | Adı-Soyadı:  TC.Kimlik No:  Ev Adresi: | |
| Kaza Günü İşyeri Vardiya Başlangıç Saati Ve Dakikası |  | |
| Kaza Günü İşyeri Vardiya Bitiş Saati Ve Dakikası |  | |
| Kaza Tarihi |  | |
| Kaza Saati Ve Dakikası |  | |
| Kaza Adresi |  | |
| Kazaya Sebep Olan Olay |  | |
| Kazaya Sebep Olan Araç |  | |
| İş Kazasının Gerçekleştiği Yer |  | |
| Kaza Oluş Şekli Ve Sebebini Açıklayın |  | |
| Kazayı Görenler Adı Soyadı |  | |
| **Kazayı Görenlerin** TC. Kimlik No – Telefon - E.Mail - Ev Adresi | Adı-Soyadı:  TC.Kimlik No:  Ev Adresi: | Adı-Soyadı:  TC.Kimlik No:  Ev Adresi: |
| İş sağlığı ve güvenliği eğitimi almış mı? |  | |
| Mesleki Eğitim Almış mı? |  | |
| Son bir yıl içinde toplam ücretli izin gün sayısı |  | |
| Öğrenim Durumu |  | |
| Yaralanma Türü |  | |
| Yaralanmanın Vücuttaki Yeri |  | |
| Kaza gününde işbaşı saat ve dakika |  | |
| Kazadan sonra sigortalı ne yaptı | Çalışmaya Devam Etti ( ) - Derhal Bıraktı ( ) | |
| Kaza sonucu iş göremezliği | Var ( ) Yok ( ) | |
| Kazadan dolayı sigortalının işgünü kaybı var mı? | Var ( ) Yok ( ) - Var İse Kaç Gün ( …….. Gün) | |
| Kazanın Gerçekleştiği Yer | İşyerinde ( ) İşyeri Dışında ( ) | |
| Kazanın Gerçekleştiği Ortam | Çalışırken ( ) Ara Dinlenmesinde ( ) | |
| Tıbbi müdahale yapıldı mı? | Evet ( ) Hayır ( ) | |
| Tıbbi Müdahaleyi Yapan Doktorun Adı-Soyadı |  | |

İşçi Adı/Soyadı : ……/……/2020

İmza :

-İş Kazası olması durumunda bu form eksiksiz doldurularak, aslı İşçi Birimine teslim edilecektir.