|  |
| --- |
| **İŞ KAZASI / MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU****(6331 sayılı Kanuna göre)** |
| **İşyeri Bilgileri:** |
| **İş Yeri No:** |  |
| **İşyeri bağlı Bulunduğu** |  |
| **İşyeri bağlı Bulunduğu İl:** |  |
| **İş Yeri Adres:** |  |
| **İş Yeri Unvan:** |  |
| **Sigortalı Bilgileri:** |
| **Adı Soyadı:** |  |
| **T.C. Kimlik No:** |  |
| **Doğum Tarihi:** |  |
| **Uyruğu:** |  |
| **Görevi:** |  |
| **Tel:** |  |
| **Yaranın Türü:** |  |
| **Yaranın Vücuttaki Yeri:** |  |
| **Yaralanmaya Neden Olan****Araç/Gereç:** |  |
| **Bildirim Tarihi:** |  | **Bildirim Saati:** |
| **İş Kazası Bildirim Bilgileri:** |
| **Bildirimi Hazırlayan:** |  |
| **Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır:** |
| **Çalışılan Ortam:** |  |
| **Meslek Hastalığı Saptanma Şekli:** |  |
| **Meslek Hastalığı Etkeni:** |  |
| **Meslek Hastalığı Etken Süresi:** |  |
| **İş Göremezlik Seviyesi:** |  |
| **Meslek Hastalığı Tanısı:** |  |
| **Meslek Hastalığı Tanı Tarihi:** |  |
| **Bildirim Tarihi:** |  | **Bildirim Saati:** |
| **Hekim Onayı :** |  | **Başhekim Onayı** |