

	<b>HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ</b> <b>İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU</b>	Doküman No	
		Yayın Tarihi	31.01.2019
		Revizyon No	1
		Revizyon Tarihi	22.01.2024
		Sayfa No	1/1

<b>Öğrencinin</b>	
Adı-Soyadı	
Öğrenci Numarası	
Cep Telefonu:	
<b>Öğrencinin Yakını</b>	
Adı-Soyadı	
Cep Telefonu	
<b>İş kazasına İlişkin</b>	
Olay Tarihi/Saati	
Olay Yeri	
Kurum	
Klinik/Saha	
Olayın Oluş Biçimini Anlatınız?	
Varsa Olayın Şahidi Adı- Soyadı:	İmza:
Olay sonrası yapılanlar	Yıkama: <input type="checkbox"/> Pansuman: <input type="checkbox"/> Acil serviste gözetim: <input type="checkbox"/> Enfeksiyon polikliniği: <input type="checkbox"/> Diğer:
<b>Ders:</b> <b>Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı/Elemanları</b>	
Adı-Soyadı:	
İmza:	
Adı-Soyadı:	
İmza:	
Adı-Soyadı:	
İmza:	

**Açıklama:** Yaralanma nedeniyle SGK'ya bildirim yapılan her bir öğrenci için "İş Kazası Bildirim Formunun" doldurulması gerekmektedir. Dönem sonunda doldurulmuş formların ders sorumlusu tarafından Standart 7 Çalışma Grubuna iletilmesi önemlidir.