|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rapor No | ……… | **KAZA / OLAY TÜRÜ** | Rapor Tarihi | ……../……./……. |

OKUL/KURUM ADI : TELEFON NUMARASI :

KAZAZEDE ADI SOYADI: ETKİLENEN UZUV :

DOĞUM TARİHİ : TEDAVİ SONUCU :

UZMANLIĞI : KULLANILAN EKİPMAN :

YAPTIĞI İŞ : YAPILAN İŞ RUTİN İŞLERDEN Mİ ?:

ÇALIŞMA DENEYİMİ: SORUMLU AMİR :

NEREDE : SORUMLU ÇALIŞAN :

TARİH / SAAT :

|  |
| --- |
| OLAYIN GELİŞİMİ (İşveren Tarafından Doldurulacaktır) |
|  |

|  |
| --- |
| OLAYA KARIŞAN / GÖREN İFADESİ |
| Normalde olmazken neden şimdi oldu ? |

|  |
| --- |
| İLK YAPILAN MÜDEHALE (Müdahaleyi Yapan Tarafından Doldurulacaktır) |
|  |

|  |
| --- |
| OLAYDAN SONRA GEÇİCİ TEDBİR ALINDI MI? (İşveren Tarafından Doldurulacaktır) |
|  |