

	T.C. NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	SÇ.FR.04
		Yayın Tarihi	02.09.2024
		Revizyon Tarihi	00
	İŞ KAZASI/MESLEKİ MARUZİYET SEVK FORMU	Revizyon No	00
		Sayfa No	1/1

1. ÇALIŞAN BİLGİLERİ

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	
Ünvanı / Görevi	
Birim / Görev Yeri	
Telefon	
İmza	

2. KAZA / MARUZİYET BİLGİLERİ

Olayın Tarihi ve Saati: ____ / ____ / ____ Saat: ____ : ____

Olay Yeri: _____

Olayın Tanımı:

Maruz Kalınan Kimyasal / Biyolojik / Fiziksel Etken (Varsa):

İlk Müdahaleyi Yapan Kişi / Uygulama:

Olay İş Kazasıdır: ☒ Evet ☐ Hayır

3. SEVK BİLGİLERİ

Sevk Nedeni:

Sevk Edilen Sağlık Kurumu:

Sevk Edenin Adı Soyadı / Ünvanı / İmzası:

Not: Bu form iş kazası/maruz kalma olaylarının sağlık tesislerine sevkinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir.