

**MEMUR KAZA-OLAY BİLDİRİM FORMU**

KODU: DÖK.FR.01 YAYIN TARİHİ: 30.05.2016 REVİZYON NO: 01 REVİZYON TARİHİ: 09.06.2016 SAYFA NO: 1/1

Birimi:	Tarih : / /	
Kaza Geçiren Personelin Adı: Soyadı:	T.C.Kimlik Numarası:	
Görevi:	Tel:	
İl-İlçe	Doğum Tarihi:	
Cinsiyet: K: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/>	Medeni Hali: E: <input type="checkbox"/> B: <input type="checkbox"/>	
İş Kazası Tarihi: / / Saat:	Kaza anında yaptığı iş:	
Olayın meydana geldiği yer(büro, istasyon, ambulans v.b):		
Tanıklar - Adı soyadı:	Tel:	
Tanıklar -Adı soyadı:	Tel:	
OLAYIN KONUSU		
Delici kesici aletlere maruz kalma	Ofis kazası	
Biyolojik etkene maruz kalma	Elektrik kazaları	
Çarpma-düşme-yaralanma	Patlama	
Kimyasal maddeye maruz kalma	Yangın/yanık	
Trafik/ulaşım kazası	Diğer (belirtiniz):	
KAZANIN OLASI NEDENLERİ		
Kullanılan cihazın hatalı/arızalı olması	Yanlış kaldırma	
Kişisel koruyucu donanım kullanmamak (KKD)	Yetkisi olmadan çalışmak	
Moral bozukluğu/korku/dalgınlık	Uygun olmayan hız	
Talimatlara uymamak	Patlama /parlama tehlikesi	
Kaygan zemin	Dökülme/saçılma	
Kapatılmamış boşluklar	Gürültü	
Disiplinsiz/ciddiyetsiz çalışma	Yangın tehlikesi	
Yetersiz aydınlatma	Yetersiz ikaz levhası	
Emniyetsiz davranış	Yorgunluk uykusuzluk	
Kötü hava koşulları(rüzgâr vb.)	Yetersiz uyarı/alarm sistemi	
Uygun olmayan hava şartları	Emniyetsiz istifleme	
Doğal afetler(deprem, sel vb.)	Ekipman kullanım hatası	
KKD eksikliği/ uygunsuzluk	Elektrik sistemleri arızası	
Düzensiz ortam	Diğer(belirtiniz)	
Çalışan	Birim Amiri	İş Güvenliği Uzmanı
Tarih:	Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:	İmza: