



T.C. Sağlık Bakanlığı

MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

KOD YÖN.FR.082 YAYIN TARİHİ REVİZYON TARİHİ -- REVİZYON NO 00 SAYFA NO/SAYISI 1/1

Düzenlenme tarihi:../.../.....

İşyerinin	SGK Sicil No	
	Unvanı :	
	Adresi :	
2	Çalışanın 1. derece yakınının Adı Soyadı : Açık adresi :	
4	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi:	
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Sevk edilenin Çalıştığı Bölüm / İş:	
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü:	
	Meslek Hastalığının Saptanma Şekli: Periyodik <input type="checkbox"/> Üst Kurum <input type="checkbox"/> Meslek Hast. <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Muayene ile <input type="checkbox"/> Sevki ile <input type="checkbox"/> Hastanesinde <input type="checkbox"/>	
5	Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk edilenin	Adı Soyadı :
		Cinsiyeti : E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
		Sigorta Sicil No :
		Yaşı :
		İşe Giriş Tarihi :
		Esas İş (Mesleği) :
		Medeni Hali : Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/>
		Öğrenim Durumu : İlköğretim <input type="checkbox"/> Ort.öğr. <input type="checkbox"/> Y.Okul <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Y. Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>
Kaza Anında Yaptığı İş :		
6	Kaza sonucu ölü yaralı sayısı : Ölü <input type="checkbox"/> Ağır Yaralı <input type="checkbox"/> Uz. Kaybı <input type="checkbox"/> Hafif Yaralı <input type="checkbox"/>	
	Kaza sonucu yaralanan çalışan İstirahat alanların sayısı : 1.Gün <input type="checkbox"/> 2.Gün <input type="checkbox"/> 3. Gün <input type="checkbox"/> 3 günden fazla veya açık istirahat <input type="checkbox"/>	
	Kazayı Gören : Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	
	Şahitlerin Adı Soyadı :	
	Şahitlerin Adresi :	
	Şahitlerin İmzası :	
Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız):	7 İşveren veya Vekilinin Adı ve Soyadı İmzası	