



ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
OLAY BİLDİRİM FORMU

Doküman No	SBF-
İlk Yayın Tarihi	04.02.2025
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	-
Sayfa	1

Düzenlenme tarihi/saat	/...../..... Saat:
Olay tarihi/saat	/...../..... Saat:
Kazaya uğrayan kişinin adı soyadı	
T.C. Numarası	TC:.....
Kazaya uğrayan kişi	☐ Öğrenci ☐ Akademik Personel ☐ İdari Personel
Kazanın meydana geldiği bölüm/alan/klinik vb.	
Kazaya uğrayan kişi	☐ Kadın ☐ Erkek ☐ Evli ☐ Bekar Yaşı:.....
Kazaya uğrayan kişinin öğrenim durumu:	☐ İlköğretim ☐ Orta Öğretim ☐ Yüksek Okul ☐ Üniversite ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
Yaralanma şekli	
Kazada yaralanan uzuv/uzuvlar	
Kazadan sonra ne yaptınız?	☐ Tedavi için müracaat etmedim ☐ Tedavi için müracaat ettim
Tedavi için müracaat ettiği bölüm/bölmeler	
Müracaat ettiğim bölüm doktorunun hakkımda verdiği karar	☐ Tedavi verdi ☐ Tedavi vermedi ☐ Başka bölüm/hastaneye sevk etti ☐ Aşı önerdi ☐ Takip önerdi
Kaza sonucu kişi	☐ Kişi zarar görmedi
Kaza Sonucu kişi	☐ Ayakta tedavi gördü
Kaza sonucu kişi	☐ Hastaneye yattı
Kaza sonucu kişi	☐ Öldü
Kazayı gören	☐ Var ☐ Yok
1.Şahit/şahitlerin adı soyadı ve imzası /Şahidin adresi ve tel no:	
Kazayı yaşayan kişinin 1.derece yakınının adı soyadı: Yakınının adresi ve tel no:	
Kazanın sebebini ve olayı açıklayınız: (Kazanın yaşandığı bölüm tarafından doldurulacaktır.)	
Formu dolduran kişinin adı soyadı:	Tarih/İmza:
Kaza ile ilgili yapılan düzeltici ve önleyici faaliyet: (Bu bölüm Kalite ve Strateji Geliştirme Komisyonu tarafından doldurulacaktır.)	
Kalite ve Strateji Geliştirme Komisyonu:.....	Tarih/İmza:
Olay ile ilgili bu Form Kalite ve Strateji Geliştirme Komisyonu'na ve Bölüm Başkanlığı'na teslim edilir.	