



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Fakülte İş Kazası Bildirim Formu

Doküman No:
SBF-Yİ.59

Doküman Bölümü:



KAZA GEÇİREN KİŞİNİN

ADI-SOYADI :
KURUM SİCİL NO. :
SİGORTA SİCİL NO :
BABA ADI :
DOĞUMYERİ :
DOĞUM TARİHİ :
GÖREV YAPTIĞI BİRİM :
GÖREVİ :
İŞE BAŞLAMA TARİHİ :
KAZA TARİH VE SAATİ :
KAZA TARİHİNDEKİ İŞÇİ SAYISI :
KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ :
EV ADRESİ :
EV VE CEP TELEFONU :
KAZA SONUCU TIBBİ MÜDAHALE : Yapıldı () Yapılmadı ()
TIBBİ MÜDAHALEYİ YAPAN :
UZUV KAYBI : Vardır () Yoktur ()

KAZANIN NASIL OLDUĞU : (Kazanın nerede, ne zaman ve nasıl meydana geldiği işverence açıklanacaktır)

KAZAZEDENİN İFADESİ VE İMZASI:

OLAYA ŞAHİT OLAN TANIKLARIN İFADELERİ: (Adı soyadı, imzası bulunacak)

KAZAYA AİT FOTOĞRAF ve KROKİ : (Fotoğraf tutanağa eklenecektir)

İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI / İŞ YERİ HEKİMİ GÖRÜŞÜ :

Hazırlayan	İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu	Yayın Tarihi:	24.11.2025
Onaylayan	Kalite Komisyonu	Revizyon Tarihi/No:	
Yürürlük		Yıllık Gözden Geçirme Tarihi	
Onayı		Sayfa No/ Toplam	



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Doküman No:
SBF-Yİ.59



Fakülte İş Kazası Bildirim Formu

Doküman Bölümü:

İşveren/Vekili :

TC.Kimlik No :
Adı-Soyadı :
Görevi :
Adresi :
Telefonu :
İmza :

Tanık1 (Varsa) :

TC.Kimlik No :
Adı-Soyadı :
Görevi :
Adresi :
Telefonu :

Tanık2 (Varsa) :

TC.Kimlik No :
Adı-Soyadı :
Görevi :
Adresi :
Telefonu :

NOT : İş kazasına uğrayan çalışanın kadrosunun bulunduğu birim tarafından üç işgünü içinde SGK'ya iş kazası bildirimini yapılacaktır. İş kazasının olduğu aynı gün içinde kadro yerine ve üniversitenin İSG Koordinatörlüğüne bilgi verilecektir.

Hazırlayan	İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu	Yayın Tarihi:	24.11.2025
Onaylayan	Kalite Komisyonu	Revizyon Tarihi/No:	
Yürürlük Onayı		Yıllık Gözden Geçirme Tarihi	
		Sayfa No/ Toplam	