

## İŞYERİ KAZA VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

Düzenlenme tarihi: .../.../.....

İşyerinin	Bölge Müdürlüğü Sicil No : .....	SSK İşyeri Sicil No: .....	
	Unvanı : .....		
	Adresi : .....		
	İşçi Sayısı : Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Eski Hük. <input type="checkbox"/> Özürlü <input type="checkbox"/> Stajyer <input type="checkbox"/>		
2	Kaza Tarihi : .../.../.....	Kaza Gününde İşbaşı Saati : .....	Kazanın olduğu saat : .....
	Kazanın Meydana Geldiği Bölüm :		
	Kazada Yaralanan Uzun - Yaralanma Şekli :		
3	İşçinin 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 Muayene ile <input type="checkbox"/> Üst Kurum Sevki ile <input type="checkbox"/> Meslek Hast. Hastanesinde <input type="checkbox"/> Diğer <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 işçilerden 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

**Not:** 1- İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazılı olarak ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu md. 77) Bu bildirim zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.

- 2- 1, 3, 5 ve 7. inci bölümler hem kaza, hem de meslek hastalığı bildirim durumunda,  
2 ve 6. inci bölümler sadece kaza bildirim durumunda,  
4. üncü bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirim durumunda,  
doldurulacaktır (Formun ön yüzü yetmediği takdirde arka yüzü kullanılabilir.)