



ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin

Adı-Soyadı

Öğrenci Numarası

Cep Telefonu

İmza

Öğrencinin Yakınının

Adı-Soyadı

Cep Telefonu

İş Kazasına İlişkin

Olay Tarihi/Saati

Olay yeri

Kurum

Klinik/Saha

Olayın Meydana Geliş Biçimi

Olay sonrası yapılanlar

- Yıkama
 Pansuman
 Acil serviste gözetim
 Enfeksiyon polikliniği
 Diğer.....

Varsa Olayın Şahidi

Adı-Soyadı

Cep Telefonu

İmza

Dersin adı:

Sorumlu Öğretim elemanı/elemanları:

Adı-Soyadı:
İmza

Adı-Soyadı
İmza