



T.C.  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ**  
**KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ İŞ KAZASI BİLDİRİM**  
**FORMU**

**Doküman No :** 005  
**Yayın Tarihi :** 16.02.2022  
**Revizyon No :**  
**Revizyon Tarihi :**  
**Sayfa:** 1/...

<b>Öğrencinin</b>	
Adı-Soyadı	
Öğrenci Numarası	
Cep Telefonu:	
<b>Öğrencinin Yakını</b>	
Adı-Soyadı	
Cep Telefonu	
<b>İş kazasına İlişkin</b>	
Olay Tarihi/Saati	
Olay Yeri	
Kurum	
Klinik/Saha	
Olayın Oluş Biçimini Anlatınız?	
Varsa Olayın Şahidi Adı- Soyadı:	İmza:
Olay sonrası yapılanlar	Yıkama: <input type="checkbox"/> Pansuman: <input type="checkbox"/> Acil serviste gözetim: <input type="checkbox"/> Enfeksiyon polikliniği: <input type="checkbox"/> Diğer:
<b>Ders:</b> <b>Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı/Elemanları</b> Adı-Soyadı: İmza: Adı-Soyadı: İmza:	