# EK-7: İş kazası ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu (Sağlık Hizmet Sunucuları)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | T.C.SOSYAL GÜVENLİK  KURUMU  Emeklilik Hizmetleri  Genel Müdürlüğü | | Belgenin Düzenlendiği Tarih :.. /…. / .... Belgenin Düzenlendiği Sayı : …………… |
| **İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU**  **(6331 sayılı Kanuna göre)** | | | |
| **İşyeri Bilgileri:** | | | |
| **İş Yeri No:** |  | | |
| **İşyeri bağlı Bulunduğu** |  | | |
| **İşyeri bağlı Bulunduğu İl:** |  | | |
| **İş Yeri Adres:** |  | | |
| **İş Yeri Unvan:** |  | | |
| **Sigortalı Bilgileri:** | | | |
| **Adı Soyadı:** |  | | |
| **T.C. Kimlik No:** |  | | |
| **Doğum Tarihi:** |  | | |
| **Uyruğu:** |  | | |
| **Görevi:** |  | | |
| **Tel:** |  | | |
| **Yaranın Türü:** |  | | |
| **Yaranın Vücuttaki Yeri:** |  | | |
| **Yaralanmaya Neden Olan**  **Araç/Gereç:** |  | | |
| **Bildirim Tarihi:** |  | | **Bildirim Saati:** |
| **İş Kazası Bildirim Bilgileri:** | | | |
| **Bildirimi Hazırlayan:** |  | | |
| **Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır:** | | | |
| **Çalışılan Ortam:** | |  | |
| **Meslek Hastalığı Saptanma Şekli:** | |  | |
| **Meslek Hastalığı Etkeni:** | |  | |
| **Meslek Hastalığı Etken Süresi:** | |  | |
| **İş Göremezlik Seviyesi:** | |  | |
| **Meslek Hastalığı Tanısı:** | |  | |
| **Meslek Hastalığı Tanı Tarihi:** | |  | |
| **Bildirim Tarihi:** |  | | **Bildirim Saati:** |
| **Hekim Onayı :** |  | | **Başhekim Onayı** |