

EK-2
İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

Düzenlenme tarihi.....

1	İşçinin	Unvanı :			
		SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No :			
		Adresi :			
		Tel No. ve E-mail :			
		İşçi Sayısı : Erkek ☐ Kadın ☐ Genç ☐ Çocuk ☐ Özürlü ☐			
		Toplam ☐			
2	Kaza Tarihi : Kaza Gününde İşbaşı Saati :				
	Kazanın olduğu saat :				
	Kazanın Meydana Geldiği Bölüm :				
		Kazada Yaralanan Uzun ve Yaralanma Şekli :			
3	İşçinin 1. derece yakınının Adı ve 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 Tespit Edilme Şekli: Periyodik ☐ Üst Kurum ☐ Meslek Hast. ☐ Diğer ☐ Muayene ile ☐ Sevki ile ☐ Hastanesinde ☐				
5	Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk Edileni	Adı ve Soyadı :		Cinsiyeti : E ☐ K: ☐	
		T.C. Kimlik No. :			
		Sigorta Sicil No :			
		Doğum Tarihi :			
		İşe Giriş Tarihi :			
		Esas İş (Mesleği) :			
		Medeni Hali :		Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐	
		Öğrenim Durumu :			
		İlköğretim ☐ Ort.Öğr. ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Y. Lisans ☐			
		Doktora ☐			
Kaza Anında Yaptığı İş :					

n	
6	Kaza sonucu ölü ve yaralı sayısı : Ölü ☐ Ağır Yaralı ☐ Uzun Kaybı ☐ Hafif Yaralı ☐
	Kaza sonucu yaralanan işçilerden istirahat alanların sayısı : 1 Gün ☐ 2 Gün ☐ 3 Gün ☐ 3 günden fazla veya açık istirahat ☐
	Kazayı Gören : Var ☐ Yok ☐
	Şahitlerin Adı-Soyadı : Şahitlerin İmzası : Şahitlerin Adresi :
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 yazı ile ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu Md. 77) Bu bildirimi 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 bildirimi durumunda,
2 ve 6. inci bölümler sadece kaza bildirimi durumunda,
4. üncü bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirimi durumunda,
doldurulacaktır. (Formun ön yüzü yetmediği takdirde arka yüzü kullanılabilir.)

EK-3
İŞYERİ SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ İLE ORTAK SAĞLIK VE GÜVENLİK
BİRİMİ YILLIK DEĞERLENDİRME RAPORU

İşyerinin :

Unvanı:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:

Adresi:

Tel ve Faks No.:

E - posta:

İşkolu:

İşçi sayısı : Erkek: Kadın: Genç: Çocuk: Toplam:

Yapılan çalışmalar :

- a) Risk değerlendirmesi :
- b) Ortam ölçümleri :
- c) İşe giriş muayeneleri :
- ç) Periyodik muayeneler :
- d) Radyolojik analizler :
- e) Biyolojik analizler :
- f) Toksikolojik analizler :
- g) Fizyolojik testler :
- ğ) Psikolojik testler :
- h) İlk yardım ve acil müdahale :
- ı) Meslek hastalığı :
- i) İş kazası :
- j) Eğitim çalışmaları :
- k) Diğer çalışmalar :

Tarih

İş Güvenliği Uzmanı
İmza

İşyeri Hekimi
İmza

EK- 4
İŞYERİ HEKİMLİĞİ SÖZLEŞMESİ

İşyerinin :

Unvanı:

Adresi:

Tel No.:

Faks No.:

E-posta:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:

Faaliyet alanı:

Yer aldığı tehlike sınıfı:

Toplam işçi sayısı:

İşyeri Hekiminin :

Adı ve Soyadı:

T.C. Kimlik No. :

Diploma Tarih ve No.:

Belge Tarih ve No.:

Uzmanlık alanı:

Hizmet vereceği işyeri hekimliği süresi:

Adres:

Tel No.:

Faks No.:

E-posta:

Çalıştığı diğer işyerlerinin :

Unvanı:

Yer aldığı tehlike sınıfı:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:

Tarih

**İşveren
İmza**

**İşyeri Hekimi
İmza**

EK-5

İŞ GÜVENLİĞİ UZMANLIĞI SÖZLEŞMESİ

İşyerinin :

Unvanı:

Adresi:

Tel No.:

Faks No.:

E-posta:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:

Faaliyet alanı:

Yer aldığı tehlike sınıfı:

Toplam işçi sayısı:

İş Güvenliği Uzmanının :

Adı ve Soyadı:

T.C. Kimlik No.:

Mesleği:

Diploma Tarih ve No.:

Belge sınıfı Tarih ve No.:

Hizmet vereceği iş güvenliği uzmanlığı süresi:

Adres:

Tel No.:

Faks No.:

E-posta:

Çalıştığı diğer işyerlerinin :

Unvanı:

Yer aldığı tehlike sınıfı:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:

Tarih

**İşveren
İmza**

**İş Güvenliği Uzmanı
İmza**

**EK-6
ORTAK SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ İLE İŞYERİ ARASINDAKİ
SÖZLEŞME**

Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi :

Unvanı:

Yetki Belgesi Tarih ve No.:

Adresi:

Tel No.:

Faks No.:

E-posta:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:

Vergi Dairesi/ Sicil No.:

İşyerine verilecek işyeri hekimliği hizmet süresi:

İşyerine verilecek iş güvenliği uzmanlığı hizmet süresi:

Hizmet verilecek işyerinin :

Unvanı:

Adresi:

Tel No.:

Faks No.:

E-posta:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:

Vergi Dairesi/ Sicil No.:

Faaliyet alanı:

Yer aldığı tehlike sınıfı:

İşçi sayısı:

İşbu sözleşme İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi İle Ortak Sağlık ve Güvenlik Biriminin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik hükümlerine uyulmak üzere müştereken imzalanmıştır.

Tarih

Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi
İmza

İşveren
İmza

EK-7
İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

İŞYERİNİN :

Unvanı:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:

Adresi:

Tel No.:

Faks No.:

E-posta:

Fotoğraf

İŞÇİNİN :

Adı ve soyadı:

T.C.Kimlik No.:

Doğum Yeri ve Tarihi:

Cinsiyeti:

Eğitim durumu:

Medeni durumu:

Çocuk sayısı:

Ev Adresi:

Tel No.:

Mesleği:

Yaptığı iş:

Çalıştığı bölüm:

Daha önce çalıştığı yerler:

İşkolu :

Yaptığı iş:

Giriş-çıkış tarihi:

1.

2.

3.

Özgeçmişi :

Kan grubu:

Konjenital/kronik hastalık:

Bağışıklama:

- Tetanoz:

- Hepatit:

- Diğer:

Soy geçmişi :

Anne :

Baba :

Kardeş :

Çocuk :

TIBBİ ANAMNEZ :

1. Son bir yıl içinde aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini geçirdiniz mi?

Hayır

Evet

- Balgamlı öksürük

- Nefes darlığı

- Göğüs ağrısı

- Çarpıntı

- Sırt ağrısı

- İshal veya kabızlık

- Eklemlerde ağrı

2. Son bir yıl içinde aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?

Hayır

Evet

- Kalp hastalığı

- Şeker hastalığı

- Böbrek rahatsızlığı

- Sarılık

- Mide veya on iki parmak ülseri

- İşitme kaybı

- Görme bozukluğu

- Sinir sistemi hastalığı

- Deri hastalığı

- Besin zehirlenmesi

3. Son bir yıl içinde hastanede yattınız mı?

Hayır Evet ise tanı.....

4. Son bir yıl içinde önemli bir ameliyat geçirdiniz mi?

Hayır Evet ise nedir?.....

5. Son bir yıl içinde iş kazası geçirdiniz mi?

Hayır Evet ise nedir?

6. Son bir yıl içinde meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutulduunuz mu?

Hayır Evet ise sonuç.....

7. Son bir yıl içinde Maluliyet aldınız mı?

Hayır Evet ise nedir ve oranı.....

8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Hayır Evet ise nedir.....

9. Sigara içiyor musunuz?

Hayır

Bırakmışay/yıl önceay/yıl içmişadet/gün içmiş

Evetyıldıradet/gün

10. Alkol alıyor musunuz?

Hayır

Bırakmışyıl önceyıl içmişsıklıkla içmiş

Evetyıldırsıklıkla

FİZİKİ MUAYENE SONUÇLARI :

a) Duyu organları

- Göz

- Kulak-Burun-Boğaz

- Deri

b) Kardiyovasküler sistem muayenesi

c) Solunum sistemi muayenesi

d) Sindirim sistemi muayenesi

e) Ürogenital sistem muayenesi

f) Kas-iskelet sistemi muayenesi

g) Nörolojik muayene

ğ) Psikiyatrik muayene

h) Diğer

-TA: / mmHg

-Nb: / dk.

-Boy: Kilo: BMI:

LABORATUVAR BULGULARI :

a) Biyolojik analizler

- Kan

- İdrar

b) Radyolojik analizler

- c) Fizyolojik analizler
 - Odyometre
 - SFT
- c) Psikolojik testler
 - Diğer

KANAAT VE SONUÇ :

1-işinde/işyerinde bedenen çalışmaya elverişlidir.

2- Raporda işaret edilen arızalar tedavi edilmek şartıyla elverişlidir.

İMZA
Adı ve Soyadı
Diploma No.

TARİH:/...../.....

ORTAK SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ PERSONELİ BİLDİRİM LİSTESİ

Unvanı	Adı ve Soyadı T.C.Kimlik No.	Diploma Tarih ve No.	Belge Tarih ve No.	Uzmanlığı/ Bölümü	Sözleşme Tarihi
İşyeri hekimi					
İş güvenliği uzmanı					
Diğer personel					



Belge No. :

Tarih :

T.C.
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



ORTAK SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ YETKİ BELGESİ

Unvan ve Adresi :

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin ilgili maddelerinde belirtilen nitelikleri haiz olduğundan Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi olarak faaliyet göstermeye hak kazanmıştır.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
GENEL MÜDÜRÜ



T.C.
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



Belge No. :
Tarih :

İŞYERİ HEKİMLİĞİ VE İŞ GÜVENLİĞİ UZMANLIĞI EĞİTİM KURUMU YETKİ BELGESİ

Unvan ve Adresi :

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin ilgili maddelerinde belirtilen nitelikleri haiz olduğundan işyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığı eğitim kurumu olarak faaliyet göstermeye hak kazanmıştır.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
GENEL MÜDÜRÜ



T.C.
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



Belge No. :

Tarih :

İŞYERİ HEKİMLİĞİ VE İŞ GÜVENLİĞİ UZMANLIĞI EĞİTİCİ BELGESİ

Adı ve Soyadı/Meslek Unvanı:

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin ilgili maddelerinde belirtilen nitelikleri haiz olduğundan işyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığı eğitici belgesi almaya hak kazanmıştır.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
GENEL MÜDÜRÜ



T.C.
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



Belge No. :

Tarih :

İŞYERİ HEKİMLİĞİ BELGESİ

Adı ve Soyadı/Meslek Unvanı:

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin ilgili maddelerinde belirtilen nitelikleri haiz olduğundan İşyeri Hekimi unvanını almaya hak kazanmıştır.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
GENEL MÜDÜRÜ



T.C.
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



Belge No. :
Tarih :

İŞ GÜVENLİĞİ UZMANLIĞI BELGESİ

Adı ve Soyadı/Meslek Unvanı:

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin ilgili maddelerinde belirtilen nitelikleri haiz olduğundan sınıfı İş Güvenliği Uzmanı unvanını almaya hak kazanmıştır.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
GENEL MÜDÜRÜ