



KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Farabi Hastanesi

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)
Başhekimliği

BEYAZ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU

Dok. Kod: KU.FR.01

Revizyon Tarihi:21.10.2015

Revizyon No:05

Revizyon Tarihi:22.05.2023

Sayfa Sayısı:1

OLAYIN GERÇEKLEŞTİĞİ BÖLÜM/BİRİM

BÖLÜMÜN ADI:

GERÇEKLEŞTİĞİ YER / TARİH:

ÇAĞRININ YAPILDIĞI ZAMAN:

EKİBİN OLAY YERİNE ULAŞIM ZAMANI:

SAAT:

SAAT:

SORUMLU YÖNETİCİNİN OLAY YERİNE ULAŞMA SAATİ:

OLAY ANINDA YAPILAN İŞ:

OLAYIN BAŞLAMA NEDENİ, OLUŞ ŞEKLİ:

MARUZ KALINAN ŞİDDET ŞEKLİ

SÖZEL ŞİDDET

FİZİKİ ŞİDDET

OLAYDA KULLANILAN NESNE

NESNE VAR

NESNE YOK

VARSA ADI:

OLAYDA ÇEVREDE OLUŞAN OLUMSUZLUKLAR

VAR

YOK

VARSA ADI:

OLAYA MARUZ KALAN KİŞİ/KİŞİLER

ADI-SOYADI :

YAŞI :

TC NUMARASI :

CİNSİYETİ :

MESLEĞİ :

TELEFON :

E-POSTA ADRESİ:

NOT: Birden fazla kişi var ise kâğıdın arka yüzüne not ediniz

OLAYA SEBEBİYET VEREN KİŞİ/KİŞİLER

ADI-SOYADI :

YAŞI :

TC NUMARASI :

CİNSİYETİ :

MESLEĞİ :

TELEFON :

NOT: Birden fazla kişi var ise kâğıdın arka yüzüne not ediniz

OLAYA TANIK OLAN KİŞİ/KİŞİLER

ADI-SOYADI :

YAŞI :

TC NUMARASI :

CİNSİYETİ :

MESLEĞİ :

TELEFON :

NOT: Birden fazla kişi var ise kâğıdın arka yüzüne not ediniz

OLAYIN SONUCU

HASTANE MÜDÜRÜ/MÜDÜR YARDIMCISI
AD-SOYAD:

İMZA

GÜVENLİK AMİRİ
AD-SOYAD:

İMZA: