

**EK-2**  
**İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU**

Düzenlenme tarihi.....

<b>1</b>	<b>İşyerinin</b>	Unvanı :
		SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No :
		Adresi :
		Tel No. ve E-mail :
		İşçi Sayısı : Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Genç <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Özürlü <input type="checkbox"/>
		Toplam <input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Kaza Tarihi : ..... Kaza Gününde İşbaşı Saati : .....	
	Kazanın olduğu saat : .....	
	Kazanın Meydana Geldiği Bölüm :	
		Kazada Yaralanan Uzuv ve Yaralanma Şekli :
<b>3</b>	İşçinin 1. derece yakınının Adı ve Soyadı :	
		Açık adresi :
<b>4</b>	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 <input type="checkbox"/> Üst Kurum <input type="checkbox"/> Meslek Hast. <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Muayene ile <input type="checkbox"/> Sevki ile <input type="checkbox"/> Hastanesinde <input type="checkbox"/>	
<b>5</b>	<b>Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk Edilenin</b>	Adı ve Soyadı : Cinsiyeti : E: <input type="checkbox"/> K: <input type="checkbox"/>
		T.C. Kimlik No. :
		Sigorta Sicil No :
		Doğum Tarihi :
		İşe Giriş Tarihi :
		Esas İş (Mesleği) :
		Medeni Hali : Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/>
		Öğrenim Durumu : İlköğretim <input type="checkbox"/> Ort.Öğr. <input type="checkbox"/> Ön Lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Y. Lisans <input type="checkbox"/>
		Doktora <input type="checkbox"/>
		Kaza Anında Yaptığı İş :

6	Kaza sonucu ölü ve yaralı sayısı : Ölü <input type="checkbox"/> Ağır Yaralı <input type="checkbox"/> Uzun Kaybı <input type="checkbox"/> Hafif Yaralı <input type="checkbox"/>
	Kaza sonucu yaralanan işçilerden istirahat alanların sayısı : 1 Gün <input type="checkbox"/> 2 Gün <input type="checkbox"/> 3 Gün <input type="checkbox"/> 3 günden fazla veya açık istirahat <input type="checkbox"/>
	Kazayı Gören : Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
	Şahitlerin Adı-Soyadı : Şahitlerin İmzası : Şahitlerin Adresi :
<b>Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız) :</b>	<b>7</b> 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 bildirim 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 bildirim durumunda,  
2 ve 6. ncı bölümler sadece kaza bildirim durumunda,  
4. üncü bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirim 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**

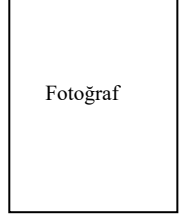
**Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi**  
**İmza**

**İşveren**  
**İmza**

**EK-7**  
**İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU**

**İŞYERİNİN :**

Unvanı:  
SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:  
Adresi:  
Tel No.:  
Faks No.:  
E-posta:



**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

Bırakmış .....ay/yıl önce .....ay/yıl içmiş .....adet/gün

içmiş

Evet .....yıldır .....adet/gün

10. Alkol alıyor musunuz?

Hayır

Bırakmış .....yıl önce .....yıl içmiş .....sıklıkla

içmiş

Evet .....yıldır .....sıklıkla

### **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: ...../...../.....**

**EK-8**  
**ORTAK SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ PERSONELİ BİLDİRİM LİSTESİ**

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



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



Belge No. :  
Tarih :

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



## 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