



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BEYAZ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU

Olaya Maruz Kalanın

Adı Soyadı:
TC. Kimlik Numarası:
Çalıştığı Birimi:
Telefonu:

Olayın Olduğu Tarih:**Olay Saati:****Olayın Olduğu Yer:****Olay Anında Yapılan İş:****Olayın Başlama Nedeni:****Olayın Oluş Şekli:****Olayda Varsa Kullanılan Nesne/ler:****Olayda Çevrede Oluşan Olumsuzluklar:****Olaya Karışanların;**

Adı -Soyadı:
TC Kimlik No:
Yaşı
Cinsiyeti:
Adresi(Ev/İş)
Cep Telefon Numarası: Ev/İş Telefon Numarası:

Olayı Görenlerin; Adı - Soyadı :
Yaşı Cinsiyeti ve İletişim Bilgileri:

Formu Dolduran Güvenlik Görevlisi
Adı - Soyadı

İmzası: