


**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 : .....
<b>İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU</b> (6331 sayılı Kanuna göre)		
<b>İşyeri Bilgileri:</b>		
İş Yeri No:		
İşyeri bağlı Bulunduğu		
İşyeri bağlı Bulunduğu İl:		
İş Yeri Adres:		
İş Yeri Unvan:		
<b>Sigortalı Bilgileri:</b>		
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:
<b>İş Kazası Bildirim Bilgileri:</b>		
Bildirimi Hazırlayan:		
<b>Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır:</b>		
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