

T.C. SOSYAL GUVENLIK KURUMU İŞKAZASI VE MESLEK HASTALIGI BİLDİRİM FORMU				EK:7							
1-İşyeri Bilgileri											
Bağlı bulunduğu İl :			Sicil No:								
Vergi Dairesi ve Numarası:			Tel:		Fax:						
İşyerinin Unvanı ve Adresi :											
İşçi Sayısı:	Erkek	<input type="text"/>	Kadın	<input type="text"/>	Çocuk	<input type="text"/>	Stajyer-çırak	<input type="text"/>	Terör Mağduru	<input type="text"/>	
	Özür	<input type="text"/>	Hükümlü	<input type="text"/>	Eski Hük.	<input type="text"/>	Genel Toplam			<input type="text"/>	
2- Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk edilenin											
Adı Soyadı:			Cinsiyeti: E		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğum Tarihi : .../.../.....				
T.C. Kimlik No:			SSK Sicil No:								
Bağ-Kur Sicil No:											
İşe Giriş Tarihi : .../.../.....			Medeni Hali:		Evli	<input type="checkbox"/>	Evli	<input type="checkbox"/>	Dul	<input type="checkbox"/>	
Öğrenim Durumu :	Okur yazar	<input type="checkbox"/>	Okur Yazar Değil	<input type="checkbox"/>	İlköğr	<input type="checkbox"/>	Orta ö	<input type="checkbox"/>	Orta	<input type="checkbox"/>	
	Yüksek Okul	<input type="checkbox"/>	Üniversite	<input type="checkbox"/>	Y. Lisans	<input type="checkbox"/>	Doktor	<input type="checkbox"/>	Doktor	<input type="checkbox"/>	
İstihdam durumu:	5510 S.K 4-a	Daimi	<input type="checkbox"/>	Mevsimlik	<input type="checkbox"/>	Geçici	<input type="checkbox"/>	Eski Hükümlü	<input type="checkbox"/>	Hükümlü	<input type="checkbox"/>
		Özür	<input type="checkbox"/>	Ödünç çalışan	<input type="checkbox"/>	Terör Mağduru	<input type="checkbox"/>	Stajyer-Çırak	<input type="checkbox"/>	Diger	<input type="checkbox"/>
		Alt işverene ait çalışan	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	5510 S.K 4-b	Kendi adına ve hesabına	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Çalışma Şekli :		Tam zamanlı	<input type="checkbox"/>	Kısmi zamanlı	<input type="checkbox"/>	Diger	<input type="checkbox"/>				
Prim ödeme hali: sona erdi			sd	<input type="checkbox"/>	ermedi	<input type="checkbox"/>	Sona erdi ise; erdiği tarih : .../.../.....				
Son bir yıl içindeki toplam ücretli izin gün sayısı:						Son işyerine giriş tarihi: .../.../.....					
Esas İş (Mesleği) :			Uyruğu (Yabancı ise ülke adı):								
İşçinin 1. derece yakınının			: Adı Soyadı			Açık Adresi.....					
İş kazası Halinde Doldurulacaktır											
3	Kaza Tarihi : .../.../.....		Kaza Gününde İşbaşı Saati :			Kazanın saati :					
4	Kaza Anında Yaptığı İş :										
5	Kazanın sebebi:		Kaza sonucu iş göremezliği			Var	Yok	<input type="checkbox"/>	Derhal	<input type="checkbox"/>	
6	Yaranın türü:										
7	Yaranın Vücuttaki Yeri:										
8	İşyerinin büyüklüğü:										
9	Çalışılan Ortam:										
10	Çalışılan çevre:										
11	Kaza Anında Kazazedenin Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet:										
12	Kazadan Az Önceki Zamanda Kazazedenin Yürüttüğü Özel Faaliyet:										
13	Olayı Normal Seyrinden Saptıran Kazaya Sebebiyet Veren Olay (Sapma):										
14	Yaralanmaya Sebep Olan Hareket (Olay):										
15	Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Materyal (Araç):										
16	Sapmaya Sebep Veren Materyal (Araç):										
17	Yaralanmaya Sebep Olan Hareket Sırasında Kullanılan Materyal (Araç):										
18	Kazayı Gören :Var		<input type="checkbox"/>	Şahitlerin Adresi							
	Yok		<input type="checkbox"/>								
Şahitlerin Adı Soyadı :											
Şahitlerin imzası :											
19	Kazanın Oluş Şeklini ve Sebebini Açıklayınız :										
Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır											
20	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi:						21-Düzenlenme tarihi: .../.../..... İşveren veya Vekilinin Adı Soyadı ve İmzası				
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Sevk edilenin										
	Çalıştığı Bölüm / İş :										
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü:										
	Meslek Hastalığının Saptanma		Periyodik Muayene İle	<input type="checkbox"/>	Diger	<input type="checkbox"/>	e-posta adresi:				
Şekli:		Üst Kurum Sevki İle	<input type="checkbox"/>	Meslek Hast. Hast.	<input type="checkbox"/>						

Not: a) İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını kazadan sonraki üç iş günü içinde ve tespit edilecek meslek hastalığını ise öğrendiği günden başlayarak üç iş günü içinde Sosyal Güvenlik İl/Merkezi Müdürlüğüne bildirmekle yükümlüdürler.(5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Md.13, Md.14)

b) İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazılı ile T. C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 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.

c) 1, 2 ve 21 inci bölümler hem kaza hemde meslek hastalığı bildirimi durumunda, 3 ile 19 uncu bölümler sadece kaza bildiriminde, 20 nci bölüm ise sadece meslek hastalığı bildiriminde doldurulacaktır.

d) 5,6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, kazanın saati ve esas işi (mesleği) bölümleri seçildiğinde konu ile ilgili tablolar ekrana gelecektir. Ekrana gelen bu tablolardan seçim işlemi yapılacaktır. Bu alanlara konu ile ilgili tanımlayıcı kelime yazıldığında da arama motoru devreye girecektir. Arama motoru ilgili bölümlerdeki tanımlayıcı başlıkları ekrana getirecektir. ekrana gelen bu başlıklardan en uygun tanımlama seçilmelidir.