

İş Kazası Sonrası Usul ve Bildirim Talimatı

1. Amaç, Kapsam ve Yasal Dayanak

Bu talimat; 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 14 üncü maddesi ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 13 üncü maddesi uyarınca, Fakültemiz bünyesinde görev yapan tüm personelin (akademik, idari, işçi), kısmi zamanlı çalışan öğrencilerimizin ve staj/klinik uygulama gerçekleştiren öğrencilerimizin uğrayabileceği iş kazalarında izlenecek usul ve esasları belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

2. İlk Müdahale ve İlk Bildirim Süreci

- **Öncelikli Müdahale:** Meydana gelen her türlü kaza sonrasında öncelik kazazedinin sağlığıdır. Kazazedeye derhal gerekli ilk tıbbi müdahalenin yapılması sağlanacak, ihtiyaç halinde en yakın sağlık kuruluşuna sevki gerçekleştirilecektir.
- **Anında Bildirim:** Yaralanmanın boyutuna veya tıbbi müdahale ihtiyacına bakılmaksızın, meydana gelen kaza; kazaya uğrayan kişi veya kazaya tanık olan personel/öğrenci tarafından, olayın meydana geldiği gün içinde (gecikmeksizin) bağlı bulunulan birim amirine (Bölüm/Anabilim Dalı Başkanı, Klinik Sorumlusu, Laboratuvar Sorumlusu, Şef vb.) bildirilir.

3. Birim Amirlerinin Sorumlulukları

- **Form Doldurma Yükümlülüğü:** Kendisine iş kazası aktarılan ilgili birim amiri, durumu hiçbir gecikmeye mahal vermeksizin, kazanın gerçekleştiği gün içinde ekte yer alan "İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu"nu eksiksiz doldurarak Fakülte Sekreterliğine yazılı olarak iletmekle yükümlüdür.
- **Objektif Değerlendirme:** İş sağlığı ve güvenliği mevzuatı gereğince, kazanın boyutuna dair "hafif yaralanma", "şikayetçi olmama" veya "tıbbi müdahaleye gerek duyulmama" gibi kişisel kanaatlerle bildirimin ertelenmesi ya da yapılmaması hukuken mümkün değildir. Tüm vakalarda resmi bildirim prosedürünün işletilmesi zorunludur.

4. Öğrencilerin ve Stajyerlerin Bildirim Usulü

- **Yerleşke İçi Kazalar:** Ders, laboratuvar veya klinik uygulamaları sırasında kaza geçiren öğrenciler, durumu anında koordinatör öğretim elemanına veya ilgili dersin sorumlusuna bildirmekle yükümlüdür.
- **Kurum Dışı Stajlar:** Kurum dışında (kamu/özel sektör) staj yapan öğrenciler, staj yaptıkları yerdeki ilgili sorumluları bilgilendirirken; eş zamanlı olarak Fakültemiz Staj Koordinatörlüğüne veya Öğrenci İşleri Birimine telefon/e-posta yoluyla aynı gün içinde durumu iletmelidir.

5. Yasal Süreler ve İdari Sorumluluk

- **3 İş Günü Kuralı:** 5510 sayılı Kanun uyarınca, iş kazalarının kazadan sonraki en geç 3 (üç) iş günü içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK) bildirilmesi yasal bir zorunluluktur.
- **Mevzuata Uyum ve Rücu:** Yasal bildirim sürelerinin aşılması durumunda, ilgili mevzuat gereği kurumumuza mali yükümlülükler ve idari para cezaları uygulanmaktadır. Kamu zararının oluşmaması, yasal hak kayıplarının önlenmesi ve kurumumuzun hukuki riske girmemesi adına; bildirim zincirinde ihmali veya kusuru tespit edilen sorumlular hakkında gerekli idari süreçler işletilecek olup, doğabilecek maddi zararlar kusurlu taraflara rücu edilecektir.

6. Yürürlük ve Tebliğ

Bu talimat; Fakültemiz web sitesinde yayımlandığı, tüm akademik ve idari personele EBYS (Elektronik Belge Yönetim Sistemi) üzerinden tebliğ edildiği ve ortak alanlardaki ilan panolarında duyurulduğu tarihten itibaren yürürlüğe girer. Tüm personelin ve öğrencilerin talimat hükümlerine titizlikle uyması önem arz etmektedir.



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
Veteriner Fakültesi

Belgenin Düzenlendiği Tarih :... /... / ...

Belgenin Düzenlendiği Sayı :... ..

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

İşyeri Bilgileri:

İş Yeri No:	
İşyeri bağlı Bulunduğu Ünite:	
İşyeri bağlı Bulunduğu İl:	
Vergi Dairesi Adı:	
Vergi Dairesi No:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Başlangıç Saati:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Bitiş Saati:	
İş Yeri Adres:	
İş Yeri Unvan:	
İş Yeri Tel:	
İş Yeri Faks:	
Kaza Sonrası İş Yerinin Durumu:	

Sigortalı Bilgileri:

Adı Soyadı:	
Tc Kimlik No:	
Sicil No:	
Doğum Tarihi:	
Medeni Hali:	
Uyruğu:	
Son İşe Giriş Tarihi:	
İlk İşe Giriş Tarihi:	
Öğrenim Durumu:	
Mesleği:	
Görevi:	
Ücretli İzin Gün Sayısı:	
Prim Ödeme Durumu:	
Adresi:	

İl/İlçe:			
İstihdam Durumu:			
Faks:			
Tel:			
E-posta:			
Sigortalını Yakınının	Adı Soyadı:		
	T.C. Kimlik Numarası:		
	Adresi:		
Mesleki Eğitim Almış mı?:			
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Almış mı?:			
Kaza Günü İşbaşı Saati:			
Sigortalı Kazadan Sonra Ne Yaptı?:			
İşi Bırakma Tarihi:		İşi Bırakma Saati:	
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet:			
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Özel Faaliyet:			
Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Araç/Gereç:			
Yaralanmaya Neden Olan Olay:			
Yaranın Türü:			
Yaranın Vücuttaki Yeri:			
Yaralanmaya Neden Olan Araç/Gereç:			
Kaza Sonucu İş Göremezliği:			
Kaza Sonucu İş Göremezlik Durumu:			
Kazadan Dolayı İşgünü Kaybı:			
Kazanın Gerçekleştiği Yer:			
Kazanın Gerçekleştiği Ortam:			
Çalışılan Ortam:			
Çalışılan Çevre:			
Tıbbi Müdahale Yapıldı mı? :			
Tıbbi Müdahale Yapan Kişi:		Tıbbi Müdahale Yapılan Yer:	

Tıbbi Müdahale Yapılan İl:		Tıbbi Müdahale Yapılan İlçe:		
Tıbbi Müdahale Yapılan Tarih:		Tıbbi Müdahale Yapılan Saat:		
Bildirim Tarihi:		Bildirim Saati:		
İş Kazası Bildirim Bilgileri:				
Bildirimi Hazırlayan:				
Tc Kimlik No:		Adı:		
Soyadı:		Tel:		
Faks:		E-posta:		
Bildirilen İşçi Sayısı:				
	Erkek:		Kadın:	
	Çocuk:		Hükümlü:	
	Eski Hükümlü:		Terör Mağduru:	
	Stajyer/Çırac:		Özürlü:	
	Toplam:			
İş Kazası Bilgileri:				
Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı:				
Kaza İl:		Kaza İlçe:		
Kaza Saati:		Kaza Tarihi:		
Kaza Adres:				
Kazanın Gerçekleştiği Yer/Bölüm:				
Kaza Sebebi Açıklama:				
Kaza Sebebi:				
Kazaya Sebep Olan Araç/Gereç:				
İş Kazası Şahit Bilgileri:				
Tc Kimlik No	Ad Soyad	e-posta	Tel	Adres

Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır:			
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:	
Not: İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını Kanunun 4 üncü maddesi birinci fıkrası (a) bendi ile 5 inci madde kapsamındaki sigortalıları o yer kolluk kuvvetlerine derhal Kuruma da en geç kazadan sonraki üç iş günü içinde, (b) bendi kapsamında sigortalının kendisi tarafından 1 ayı geçmemek şartıyla rahatsızlığının bildirim yapmaya engel olmadığı günden sonra ki üç işgünü içinde ayrıca işveren sigortalının meslek hastalığına tutulduğunu öğrendiği veya bu durum kendisine bildirildiği günden başlayarak üç iş günü içinde (b) bendi kapsamındaki sigortalı ise bu durumu öğrendiği günden başlayarak üç iş günü içinde Kuruma bildirmesi zorunludur.			