



Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi
Beyaz Kod Bildirim Formu

Doküman No.	KAD. FR.01
Yayın Tarihi	22.05.2019
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No.	-
Sayfa No.	1/1

Olayın Olduğu Tarih ve Saat:.....

Olayın Olduğu Yer:.....

Olay Anında Yapılan İş:.....
.....

Olayın Başlama Nedeni:.....
.....

Olayın Oluş Şekli:.....
.....

Olayda Varsa Kullanılan Nesne:.....
.....

Olayda Çevrede Oluşan Olumsuzluklar:.....
.....

OLAYA KARIŞAN KİŞİLERİN

Ad Soyad:	Ad Soyad:	Ad Soyad:	Ad Soyad:
T.C. No:	T.C. No:	T.C. No:	T.C. No:
Cinsiyet:	Cinsiyet:	Cinsiyet:	Cinsiyet:
Yaş:	Yaş:	Yaş:	Yaş:
Adres/Tel:	Adres/Tel:	Adres/Tel:	Adres/Tel:

OLAYI GÖREN KİŞİLERİN

Ad Soyad:	Ad Soyad:	Ad Soyad:	Ad Soyad:
T.C. No:	T.C. No:	T.C. No:	T.C. No:
Cinsiyet:	Cinsiyet:	Cinsiyet:	Cinsiyet:
Yaş:	Yaş:	Yaş:	Yaş:
Adres/Tel:	Adres/Tel:	Adres/Tel:	Adres/Tel:

**Bu form olaya müdahale eden güvenlik personeline 2 nüsha doldurulur. Bir nüshası Güvenlik Amirliği'ne bir nüshası da Kalite Birimi'ne teslim edilir.*

Formu Dolduran Kişinin
Ad Soyadı