|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi** **Beyaz Kod Bildirim Formu** | Doküman No. | KAD.FR.03 |
| Yayın Tarihi | 25.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 20.10.2021 |
| Revizyon No. | 1 |
| 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 | TC. No: | YAŞ - CİNSİYET | İLETİŞİM BİLGİLERİ |
| 1.KİŞİ |  |  |  |  |
| 2.KİŞİ |  |  |  |  |
| 3.KİŞİ |  |  |  |  |
| 4.KİŞİ |  |  |  |  |
| 5.KİŞİ |  |  |  |  |
| 6.KİŞİ |  |  |  |  |

**OLAYI GÖREN KİŞİLERİN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | AD SOYAD | T.C. No: | YAŞ- CİNSİYET | İLETİŞİM BİLGİLERİ |
| 1.KİŞİ |  |  |  |  |
| 2.KİŞİ |  |  |  |  |
| 3.KİŞİ |  |  |  |  |
| 4.KİŞİ |  |  |  |  |
| 5.KİŞİ |  |  |  |  |

 **OLAYA MÜDAHALE EDEN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Ad Soyad: | TC. No: |  YAŞ-CİNSİYET  | İLETİŞİM BİLGİLERİ |
| 1.KİŞİ |  |  |  |  |
| 2.KİŞİ |  |  |  |  |
| 3.KİŞİ |  |  |  |  |
| 4.KİŞİ |  |  |  |  |

***\*Bu form olaya müdahale eden güvenlik personelince 2 nüsha doldurulur. Bir nüshası Güvenlik Amirliği’ne bir nüshası da Kalite***

***Birimi’ne teslim edilir.***

Formu Dolduran Kişinin

 Ad Soyad/İmza