

	T.C. BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ	Doküman No	K.AD.FR.05
		Yürürlük Tarihi	28.08.2023
	KIRMIZI KOD OLAY BİLDİRİM FORMU	Revizyon Tarih	00
		Revizyon No	00
		Sayfa No	1 / 1

ÇAĞRI SAATİ VE TARİHİ:		ÇAĞRI YERİNE VARİŞ SAATİ:			
İTFAİYE MÜDAHALESİ:	<input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK	MÜDAHALE YERİ:		MÜDAHALE SÜRESİ:	
YANGININ ÇIKTIĞI TARİH VE SAAT:		YANGININ ÇIKTIĞI YER:			
YANGININ BAŞLAMA NEDENİ:					
ÇEVREDE OLUŞAN OLUMSUZLUKLAR:					
YANGINA MÜDAHALE EDENLERİN KİŞİSEL VE İLETİŞİM BİLGİLERİ:					
ADI SOYADI	İLETİŞİM BİLGİLERİ		İMZA		
MÜDAHALE SONUCU:					
NOTLAR:					
Kırmızı Kod Ekibi:			Tutanağı Dolduran Adı Soyadı- İmza		

*Doldurulan Kırmızı Kod Olay Bildirim Formu Kalite Birimine Teslim Edilecektir.