

	T.C. BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ	Doküman No	K.AD.FR.03
		Yürürlük Tarihi	28.08.2023
	BEYAZ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU	Revizyon Tarih	00
		Revizyon No	00
		Sayfa No	1 / 1

Olayın Olduğu Tarih ve Saat	
Olayın Olduğu Yer	
Olay Anında Yapılan İş	
Şiddetin Türü	Sözel Şiddet <input type="checkbox"/> Fiziksel Şiddet <input type="checkbox"/>
Olayın Oluş Şekli	
Olayda Varsa Kullanılan Nesne	
Olayda Çevrede Oluşan Olumsuzluklar	
Olaydan Etkilenen Kişi/ Kişilerin	Olaya Karışan Kişi/Kişilerin
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Yaşı-Cinsiyeti:	Yaşı-Cinsiyeti:
İletişim Bilgileri:	İletişim Bilgileri:
Kişisel Bilgileri:	Kişisel Bilgileri:
Olaya Şahit Olanların	
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Yaşı-Cinsiyeti:	Yaşı-Cinsiyeti:
İletişim Bilgileri:	İletişim Bilgileri:
Kişisel Bilgileri:	Kişisel Bilgileri:
Olaydan Etkilenen Kişi/ Kişilerin İfadeleri	
Beyaz Kod Ekibi:	Tutanağı Dolduran Adı Soyadı- İmza

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