



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ
BEYAZ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU



Tarih:/...../20.....

OLAYIN OLDUĞU TARİH VE SAAT/...../20..... :
OLAYIN OLDUĞU YER	
OLAY ANINDA YAPILAN İŞ	
OLAYIN BAŞLAMA NEDENİ	
OLAYIN OLUŞ ŞEKLİ	<input type="checkbox"/> Fiziksel Şiddet <input type="checkbox"/> Sözel Şiddet <input type="checkbox"/> Fiziksel ve Sözel Şiddet
OLAYDA VARSA KULLANILAN NESNE	
OLAYDA ÇEVREDE OLUŞAN OLUMSUZLUKLAR	

*Kullanılan beyaz kod çağırısı sonrası yaşanan olay ile ilgili olarak yürütülen veya yürütülecek olan, yargı sürecinde 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 5'nci ve 6'ncı maddesi uyarınca kişisel verilerimin paylaşılmasını kabul ediyorum.

Şiddete Maruz Kalan Kişi veya Kişiler İle İlgili Bilgiler	1. Kişi	2. Kişi	3. Kişi
T.C. Kimlik No			
Adı - Soyadı			
Doğum Tarihi			
Cinsiyeti			
Cep Telefonu			
E-mail Adresi			
Unvanı			
*İmza			
Şiddet Uygulayan Kişi veya Kişiler İle İlgili Bilgiler	1. Kişi	2. Kişi	3. Kişi
T.C Kimlik No			
Adı - Soyadı			
Cinsiyet			
Unvanı (Hasta, Hasta Yakını vb.)			
Cep Telefonu			
*İmza			

