|  |  |
| --- | --- |
| **İL ADI** |  |
| **Form Düzenleme Tarihi (2)** |  |
| **Mağdur Çalışana Ait Bilgiler (3)**  |  |
| **Olayın nasıl gerçekleştiği (4)** |   |
| **Olaya ilişkin neler yapıldığı ve neler yapılacağı (5)** |   |
| **Mağdurla görüşülüp görüşülmediği/ziyaret edilip edilmediği (6)**  |   |
| **Mağdurun hastaneye başvurup başvurmadığı, hastaneye başvuru var ise verilen tedavinin ne olduğu, darp raporu verilip verilmediği (7)** |  |
| **Adli sürece ilişkin durum ile mağdurun hukuki yardım talebi olup olmadığı (8)** |   |

**Birinci Basamak Beyaz Kod Olay Bilgi Formu Doldurma Talimatı:**

1. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı bir mağduriyetle karşılaşmaları durumunda, sadece ciddi fiziki şiddet ve tehdit olaylarında düzenlenecek olan bu form, *basamak1.beyazkod@saglik.gov.tr* uzantılı e-posta adresi üzerinden, bilgi verilmesi amacıyla Genel Müdürlüğümüze gönderilecektir.
2. Formun hazırlandığı tarih yazılacaktır.
3. Mağdur çalışanın adı, soyadı, cep telefonu numarası ve görev yeri belirtilecektir.
4. Meydana gelen olayın nasıl olduğundan özetle bahsedilecektir.
5. Olay ile ilgili mağdura yönelik verilen veya verilmesi planlanan hizmetler ifade edilecektir.
6. Olay ile ilgili mağdur çalışan ile görüşülüp görüşülmediği, mağdur çalışanın ziyaret edilip edilmediği (Özellikle fiziki şiddet olaylarında mağdur ziyaret edilmelidir.), ziyaret yapılmış ise ziyaretin kimler tarafından gerçekleştirildiği bilgilerine yer verilecektir.
7. Belirtilen hususlara ilişkin bilgiler tam olarak yazılacaktır.
8. Belirtilen konulara ait bilgiler eksiksiz yazılacaktır.