



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
BEYAZ KOD DURUMU BİLDİRİMİ FORMU

Doküman Kodu
KAD. FR.01

Yayın Tarihi
25.12.2024

Revizyon Tarihi

Revizyon No
00

Sayfa Sayısı
1 / 1

OLAY/Olayın Olduğu Tarih	
Olayın Olduğu Yer	
Çağrı Başlama Saati	
Çağrı Bitiş Saati	
Müdahale Saati	
Müdahale Süresi	
Uygunsuz Çağrı	
Güvenlik Sorunu Yaşayan Kişi Adı Soyadı	
Olay anında Yapılan İş	
Olayın Başlama nedeni	
Olay Oluş Şekli	
Olayda varsa Kullanılan Nesne	
Olayda çevrede Oluşan Olumsuzluklar	
Olaya Karışanların Yaş, Cinsiyet, Varsa kişisel bilgileri	
Olayı görenlerin Kişisel Bilgileri	

Beyaz Kod Ekip Sorumlusu
Adı /Soyadı:
Görevi:
İmza

Olaya Katılan Kişilerin Adı/Soyadı

İmza

Not: Bu form doldurulup Kalite Yönetim Birimine teslim edilir.