	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	Doküman Kodu: AD.FR.01 Yayın Tarihi : 30/09/2011 Revizyon Tarihi: Revizyon No : 00
	BEYAZ KOD MÜDAHALE FORMU	

1- OLAYA AİT VERİLER

Olayın Olduğu Tarih	Çağrı Saati	Olay Yerine Varış Saati
Olayın Meydana Geldiği Yer	**Çağrı Şekli**	**Çağrıyı Yapan**
Çevrede Oluşan Olumsuzluklar	**Olayda Kullanılan Nesne**	**Olay Anında Yapılan İş**
Olayın Oluş Şekli		

2- OLAYA KARIŞANLARA AİT VERİLER

SN	Adı Soyadı	Yaşı	Cinsiyeti	Diğer Bilgiler
1			E ( ) K ( )	
2			E ( ) K ( )	
3			E ( ) K ( )	
4			E ( ) K ( )	
5			E ( ) K ( )	

3- OLAYI GÖRENLERE AİT VERİLER

SN	Adı Soyadı	Yaşı	Cinsiyeti	Telefonu	Diğer Bilgiler
1			E ( ) K ( )	0 ( )	
2			E ( ) K ( )	0 ( )	
3			E ( ) K ( )	0 ( )	
4			E ( ) K ( )	0 ( )	
5			E ( ) K ( )	0 ( )	

4- MÜDAHALEDE BULUNANLARA AİT VERİLER

Adı Soyadı - İmza	Adı Soyadı - İmza	Adı Soyadı - İmza	Adı Soyadı - İmza	Adı Soyadı - İmza