



TUNCELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
OLAY BİLDİRİM / MÜDAHALE FORMU

DOKÜMAN KODU:İBİ.FR.04

YAYINLANMA TARİHİ:18/01/2019

REVİZYON TARİHİ:00

REVİZYON NO:00

SAYFA:1 / 3

BİLDİRİMİ YAPAN BİRİM:

BİLDİRİMİ YAPAN PERSONELİN:

Adı, Soyadı :

Unvan/Birim :

Telefon :

E-posta :

OLAY TÜRÜ:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servis Dışı Bırakma Saldırısı (DoS/DDoS) | <input type="checkbox"/> Web Uygulamaları Güvenlik İhlalleri |
| <input type="checkbox"/> Bilgi Sızdırma (Data Leakage) | <input type="checkbox"/> Sosyal Mühendislik |
| <input type="checkbox"/> Zararlı Yazılım (Malware) | <input type="checkbox"/> Veri Kaybı/ Veri İfşası |
| <input type="checkbox"/> Dolandırıcılık (Fraud) | <input type="checkbox"/> Zararlı Elektronik Posta(Spam) |
| <input type="checkbox"/> Port Tarama | <input type="checkbox"/> Parola Ele Geçirme |
| <input type="checkbox"/> Veritabanı Saldırısı | <input type="checkbox"/> Taşınır Cihaz Kaybı |
| <input type="checkbox"/> Kimlik Taklidi | <input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen açıklayınız): |
| <input type="checkbox"/> Oltalama (Phishing) | |
| <input type="checkbox"/> Kişisel Bilgilerin Kötüye Kullanımı | |

OLAY SİSTEM KESİNTİSİNE SEBEP OLDU MU? Evet Hayır

OLAYIN:

Tahmini başlangıç zamanı

Tarih : Saat :

Tespit edildiği zaman

Tarih : Saat :

EKLEMEN İSTEDİKLERİNİZ:

Hazırlayan / Bilgi İşlem
Sorumlusu

Kontrol Eden / İl Performans ve
Kalite Birimi

Onaylayan / Sağlık Hizmetleri
Başkanı



TUNCELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
OLAY BİLDİRİM / MÜDAHALE FORMU

DOKÜMAN KODU:İBİ.FR.04

YAYINLANMA TARİHİ:18/01/2019

REVİZYON TARİHİ:00

REVİZYON NO:00

SAYFA:2 / 3

Dikkat: Bu kısım sadece Bilgi Güvenliği /SOME Olay Müdahale Ekibi tarafından doldurulur.

SİBER OLAYLARA AİT İZ(LOG) KAYITLARI TESPİT EDİLDİ Mİ?

Hayır Evet

Kaynak IP : _____

Hedef IP : _____

Port : _____

Diğer : _____

OLAYIN ETKİSİNİ AZALTICI İLK ÖNLEMLER:

OLAYIN MUHTEMEL SEBEPLERİ:

OLAYIN TEKRARLANMAMASI İÇİN ALINAN ÖNLEMLER:

Hazırlayan / Bilgi İşlem
Sorumlusu

Kontrol Eden / İl Performans ve
Kalite Birimi

Onaylayan / Sağlık Hizmetleri
Başkanı



TUNCELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
OLAY BİLDİRİM / MÜDAHALE FORMU

DOKÜMAN KODU:İBL.FR.04

YAYINLANMA TARİHİ:18/01/2019

REVİZYON TARİHİ:00

REVİZYON NO:00

SAYFA:3 / 3

TAHMİNİ OLAY MALİYETİ:

EKLEMEN İSTEDİKLERİNİZ:

DİKKAT: Formu doldurarak tunceli@saglik.gov.tr adresine gönderiniz.

Hazırlayan / Bilgi İşlem
Sorumlusu

Kontrol Eden / İl Performans ve
Kalite Birimi

Onaylayan / Sağlık Hizmetleri
Başkanı