



**HİZMETE ÖZEL**  
**OLAY BİLDİRİM / MÜDAHALE FORMU**



T.C Sağlık Bakanlığı  
Sakarya İl Sağlık  
Müdürlüğü

Kodu	Yayınlama Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
BG.FR.01	05.09.2019			1/2
Güncelleme Tarihi:				05.09.2019

**OLAY BİLDİRİM FORMU**

1. Bildirimi yapan birim:

2. Bildirimi yapan personelin

Ad, Soyad :  
Unvan/Birim :  
Telefon :  
E-posta :

3. 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"/> Diğer (Lütfen açıklayınız):              | <input type="checkbox"/> Kimlik Taklidi                      |
|   | <input type="checkbox"/> Oltalama (Phishing)                 |
|   | <input type="checkbox"/> Kişisel Bilgilerin Kötüye Kullanımı |

4. Olay sistem kesintisine sebep oldu mu?  Evet  Hayır

5. Olayın:

**Tahmini başlangıç zamanı**

Tarih : ..... Saat : .....

**Tespit edildiği zaman**

Tarih : ..... Saat : .....

6. Eklemek istedikleriniz:



**HİZMETE ÖZEL**  
**OLAY BİLDİRİM / MÜDAHALE FORMU**



T.C Sağlık Bakanlığı  
Sakarya İl Sağlık  
Müdürlüğü

Kodu	Yayınlama Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
BG.FR.				1/2
Güncelleme Tarihi:				

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

7. Siber olaylara ait iz(log) kayıtları tespit edildi mi?

Hayır

Evet

Kaynak IP : \_\_\_\_\_

Hedef IP : \_\_\_\_\_

Port : \_\_\_\_\_

Diğer : \_\_\_\_\_

8. Olayın etkisini azaltıcı ilk önlemler:

9. Olayın muhtemel sebepleri:

10. Olayın tekrarlanmaması için alınan önlemler:

11. Tahmini Olay Maliyeti

12. Ekleme istedikleriniz:

**(DİKKAT: Formu doldurarak [bilgiguvenligi@saglik.gov.tr](mailto:bilgiguvenligi@saglik.gov.tr) adresine gönderiniz.)**