



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

OLAY BİLDİRİM / MÜDAHALE FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAYSERİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

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:



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

OLAY BİLDİRİM / MÜDAHALE FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAYSERİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

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. Eklemek istedikleriniz: