



KIRIKHAN AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ OLAY BİLDİRİM VE MÜDAHALE FORMU

KOD	BY.FR.010	YAY.TRH	01/10/2019	REV.TRH		REV.NO		SAYFA NO	1/1
-----	-----------	---------	------------	---------	--	--------	--	----------	-----

BİLDİRİMİ YAPAN BİRİM:

BİLDİRİMİ YAPAN PERSONELİN:

Adı, Soyadı :
Unvan/Birim :
Telefon :
E-posta :

OLAY TÜRÜ:

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

OLAY SİSTEM KESİNTİSİNE SEBEP OLDU MU? ☐ Evet ☐ Hayır

OLAYIN:

Tahmini başlangıç zamanı

Tarih : Saat :

Tespit edildiği zaman

Tarih : Saat :

EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ:

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



KIRIKHAN AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
OLAY BİLDİRİM VE MÜDAHALE FORMU

KOD	BY.FR.010	YAY.TRH	01/10/2019	REV.TRH		REV.NO		SAYFA NO	1/1
-----	-----------	---------	------------	---------	--	--------	--	----------	-----

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:

TAHMİNİ OLAY MALİYETİ:

EKLEMELİK İSTEDİKLERİNİZ: