

Datum des Ereignisses: _____

Ereignis abgeklärt von

Name, Vorname: _____ Datum: _____
 Abteilung: _____ Telefon: _____

Art des Ereignisses

Berufsunfall: Zahnschaden:
 Berufskrankheit: Beinahe-Unfall:
 Nichtberufsunfall: Sachschaden:

Angaben zur verletzten/betroffenen Person

Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Stellung im Betrieb: _____
 Üblicher Arbeitsplatz: _____
 Ausgeübter Beruf: _____
 Ausbildung: gelernt angelernt ungelernt _____

Zeugen

Name, Vorname: _____ Betrieb: _____
 Name, Vorname: _____ Betrieb: _____

Weitere Beteiligte

Name, Vorname: _____ Betrieb: _____
 Name, Vorname: _____ Betrieb: _____

Angaben zum Ereignis

Zeitpunkt: _____
 Ereignisort: _____
 Arbeitsmittel: _____
 (Werkzeuge, Maschinen, Hilfsmittel)
 Verletzungsart: _____
 (Schnitt, Bruch usw.)
 Erstbehandelnder Arzt/Spital: _____
 Sachschaden: _____
 (Art, Kosten usw.)

Verletzte Körperteile:

Kopf Auge
 Hals Zahn
 Schulter
 Rumpf Wirbelsäule
 Oberarm Ellenbogen
 Unterarm
 Hand Finger
 Bein Oberschenkel
 Knie Unterschenkel
 Fuss Zehen
 Seite: links
 rechts
 beidseitig

Stand: April 2010