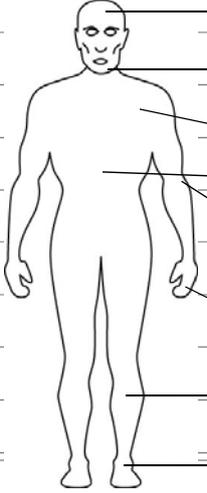


Ereignisprotokoll		Datum des Ereignisses:	
		Zeit des Ereignisses	
Auskunftsperson(en) / Zeug(en)			
Name, Vorname:		Betrieb:	
Funktion:		Telefon:	
Name, Vorname:		Betrieb:	
Funktion:		Telefon:	
Meldung durch			
Name, Vorname:		Betrieb:	
Funktion:		Telefon:	
Angaben zur verletzten/betroffenen Person			
Name, Vorname:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:			
Adresse Wohnort			
Telefon Privat / Handy			
Unfallversicherung:			
Arbeitgeber:			
Adresse Arbeitgeber: (Strasse, PLZ, Ort)			
Telefonnummer			
Stellung im Betrieb:			
Üblicher Arbeitsplatz:			
Erlerner Beruf		Fähigkeitszeugnis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausbildung:	<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt	Lehrjahr	
Ausgeübter Beruf:			
Vorgesetzter			
Arbeitsverantwortlich			
Anlagenverantwortlich			
Arbeitsausfall in Tagen (wenn bereits bekannt)			
Eingeschr. Inst. Bewilligung?	<input type="checkbox"/> NIV 13 <input type="checkbox"/> NIV 14 <input type="checkbox"/> NIV 15	Bewilligungsnummer	
Allgemeine Bemerkungen			
Weitere Beteiligte / Verunfallte			
Name, Vorname:		Betrieb:	
Funktion:		Telefon:	
Name, Vorname:		Betrieb:	
Funktion:		Telefon:	
Unfallort			
Name:		Betrieb:	
Adresse:		Ort:	
Telefon		Raumbez.:	
Umgebung:	innen <input type="checkbox"/> aussen <input type="checkbox"/>	Bemerkung:	

Art des Ereignisses										
Berufsunfall:	<input type="checkbox"/>	Zahnschaden:	<input type="checkbox"/>							
Berufskrankheit:	<input type="checkbox"/>	Beinahe-Unfall:	<input type="checkbox"/>							
Nichtberufsunfall:	<input type="checkbox"/>	Sachschaden:	<input type="checkbox"/>							
Angaben zum Ereignis										
Allgemeine Bemerkung:	Ereignisort: (falls Unfallort nicht genügend)	Arbeitsmittel: (Werkzeuge, Maschinen, Hilfsmittel)	Verletzungsart: (Schnitt, Bruch usw.)	Erstbehandelnder Arzt/Spital:	Sachschaden: (Art, Kosten usw.)	Verletzte Körperteile:				
							<input type="checkbox"/>	Kopf	<input type="checkbox"/>	Auge
						<input type="checkbox"/>	Hals	<input type="checkbox"/>	Zahn	
						<input type="checkbox"/>	Schulter			
						<input type="checkbox"/>	Rumpf	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäule	
						<input type="checkbox"/>	Arm	<input type="checkbox"/>	Oberarm	
						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ellenbogen	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Unterarm							
<input type="checkbox"/>	Hand	<input type="checkbox"/>	Finger							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Oberschenkel							
<input type="checkbox"/>	Bein	<input type="checkbox"/>	Knie							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Unterschenkel							
<input type="checkbox"/>	Fuss	<input type="checkbox"/>	Zehen							
		Seite:	<input type="checkbox"/> links							
			<input type="checkbox"/> rechts							
			<input type="checkbox"/> beidseitig							
Technische Angaben										
Betriebs-Spannung:										
Wirksame Spannung:										
Spannungsart:	Wechselspannung	Gleichspannung	Andere							
Überstromunterbrecher:	Art: (LS, NH, DII, usw.)	Bemessungsstrom:								
Fehlerstromschutzschalter RCD	<input type="checkbox"/> Vorhanden <input type="checkbox"/> Hätte vorhanden sein müssen	Bemessungsdifferenzstrom	mA							
Unfallgegenstand										
Genauere Bezeichnung Unfallgegenstand:										
Statistik-Code	<input type="checkbox"/> Erzeugung und Verteilanlagen									
	<input type="checkbox"/> Installation									
	<input type="checkbox"/> Verbraucher / Erzeugnis									
Individuelle Beilagen										
Schulungsunterlagen:	<input type="checkbox"/>	Interner Untersuchungsbericht:	<input type="checkbox"/>							
Bilder (Anzahl):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							

Fakten zusammentragen

I. Beschreibung des Ereignisses

1. Situation vor dem Ereignis:

2. Hergang:

3. Situation nach dem Ereignis:

II. Wieso ist dieses Ereignis passiert (konkrete Ursachen)?

III. Zusätzliche Informationen (bitte Zutreffendes ankreuzen)

A. Hergang des Ereignisses

- Ausgleiten, zu Fall kommen, Fehltritt
- Absturz von Personen
- In etwas treten
- Erfasst werden, eingezogen werden
- Eingeklemmt, gequetscht werden
- Getroffen werden
- Verschüttet werden
- Anstossen, anschlagen
- Überfahren, angefahren, überrollt werden
- Sich schneiden, sich stechen
- Überlastung durch manuellen Lastentransport
- Gesundheitsschädigung durch falsche Körperhaltung
- Gesundheitsschädigung durch physikalische Einwirkungen (Lärm, Vibrationen, Strahlung ...)
- Einwirkung durch Tiere
- Kontakt mit gesundheitsgefährdenden Stoffen
- Kontakt mit heißen/kalten Medien
- Explodieren, sich entzünden
- Elektrisiert werden
- Ertrinken
- Nicht zuteilbar

B. Tätigkeit zum Zeitpunkt des Ereignisses

- Handarbeit ohne Werkzeug
- Handarbeit mit Werkzeugen
- Bedienung von Maschinen
- Arbeitsvorbereitung
- Störungsbehebung, Reparatur
- Instandhaltung, Wartungsarbeit
- Entwicklungs- und Versuchsarbeit
- Verpacken, auspacken
- Transport von Hand, inkl. Auf- und Abladen
- Fördern, Transport mit festen Geräten
- Fördern, Transport mit mobilen Geräten
- Rangieren, manövrieren
- Umhergehen
- Reinigen, aufräumen
- Waschen, umkleiden
- Pause, Verpflegung
- Sport, Spiel, Streit
- Umgang mit lebenden Tieren
- Nicht zuteilbar

Ereignis abgeklärt von:

Datum:

Unterschrift elektronisch:

Massnahmenplanung:

oder

Unterschrift gescannt:

Nr.	Zu erledigende Sofortmassnahmen	Termin	beauftragte Person	erledigt		Bemerkungen	geprüft	
				Datum	Visum		Datum	Visum
		sofort						
		sofort						
		sofort						
		sofort						
Nr.	Zu erledigende definitive Massnahmen	Termin	beauftragte Person	erledigt		Bemerkungen	geprüft	
				Datum	Visum		Datum	Visum
Nr.	Zu erledigende Massnahmen im betrieblichen Sicherheitssystem	Termin	beauftrage Person	erledigt		Bemerkungen	geprüft	
				Datum	Visum		Datum	Visum