

Unfalldaten

zur innerbetrieblichen Unfallstatistik

Firma: _____

Bearbeiter: _____

Unfalldatum: _____ Unfallzeitpunkt: _____ Unfallort: _____

Wochentag Mo Di Mi Do Fr Sa

Angaben zum Verletzten

Name, Vorname: _____ Abteilung, Arbeitsbereich: _____ Ausgeübte Tätigkeit: _____

Angaben zum verletzten Körperteil

<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Daumen	<input type="checkbox"/> Zeigefinger	<input type="checkbox"/> Mittelfinger	<input type="checkbox"/> Ringfinger	<input type="checkbox"/> kleiner Finger
<input type="checkbox"/> Unterarm	<input type="checkbox"/> Ellenbogen	<input type="checkbox"/> Oberarm	<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/> Unterschenkel	<input type="checkbox"/> Knie
<input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/> Leisten- gegend	<input type="checkbox"/> Bauch	<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Rücken	<input type="checkbox"/> Hals
<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Auge	<input type="checkbox"/> Mund	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Rippen	<input type="checkbox"/> Gesäß
<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links				

Angaben zur Art der Verletzung

<input type="checkbox"/> Schnittwunde	<input type="checkbox"/> Stichwunde	<input type="checkbox"/> Rißwunde	<input type="checkbox"/> Prellung	<input type="checkbox"/> Quetschung	<input type="checkbox"/> Abtrennung
<input type="checkbox"/> Platzwunde	<input type="checkbox"/> Verbrennung	<input type="checkbox"/> Verätzung	<input type="checkbox"/> Bruch	<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> Verbrühung
<input type="checkbox"/> Stromeinwirkung					

Angaben zur Unfallursache

<input type="checkbox"/> Ungeschützte bewegte Maschinenteile <small>Anlage</small>	<input type="checkbox"/> Teile mit gefährlicher Oberfläche <small>Maschine</small>	<input type="checkbox"/> Unkontrolliert bewegte Teile <small>Gerät</small>	<input type="checkbox"/> Bewegte Transport- und Arbeitsmittel <small>Vorrichtung</small>	<input type="checkbox"/> Herabfallende, umstürzende Objekte <small>Einrichtung</small>	<input type="checkbox"/> Körperdurchströmung (elektrische Energie) <small>Werkzeug</small>
<input type="checkbox"/> Gase, Dämpfe	<input type="checkbox"/> Schwebstoffe	<input type="checkbox"/> Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/> Feststoffe	<input type="checkbox"/> Brand	<input type="checkbox"/> Explosion
<input type="checkbox"/> Strahlung	<input type="checkbox"/> Heißes Medium	<input type="checkbox"/> Kaltes Medium	<input type="checkbox"/> Arb.-organisation	<input type="checkbox"/> fehlende Kennzeichnungen	<input type="checkbox"/> Ungenügende techn. Schutzeinrichtungen
<input type="checkbox"/> Fehlhandlung	<input type="checkbox"/> mangelndes Wissen/Qualifikation	<input type="checkbox"/> ungenügende Schutzausrüstung	<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Kurzbeschreibung Unfallhergang (optional, ohne statistische Auswertung): _____

Unfallzeugen: _____

Angaben zur Art der Ersten-Hilfe-Leistung

Verband Pflaster Schiene Desinfektion Wiederbelebung sonstige

Weitere Angaben

Hat der/die Verletzte die Arbeit eingestellt? Ja Nein
 Wurde der/die Verletzte einem D-Arzt zugeleitet? Ja Nein
 Wurden weitere Personen verletzt? Ja Nein

Erstthäter: _____

<small>Für statistische Auswertung</small> Registrierer-Nr.: _____	Datum: _____	Unterschrift (Erstthäter) _____	Unterschrift (Bearbeiter) _____
---	--------------	---------------------------------	---------------------------------