

ANMÄLAN av olycksfall och ohälsa

| | | | | | |
|---|----|-------|--------------------------------|-----------|--------------------|
| Tidpunkt då händelsen inträffade: | År | Månad | Dag | Klockslag | Datum för anmälan: |
| 1.1 Efternamn och tilltalsnamn | | | 1.2 Personnummer | | 1.3 Yrke |
| 2.1 Kontor | | | 2.3 Arbetsplats | | |
| 3.1 Var inträffade händelsen? Preciserat plats (t ex kök, klassrum, enskilt hem, utomhus) | | | | | |
| 3.2 Vad var brukaren sysselsatt med då händelsen inträffade? | | | | | |
| 3.3 Vad hände och varför inträffade en olycka eller ohälsa (eller överansträngningen/överbelastningen)? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Vänd! | | | | | |
| 4.1 Sammanfatta händelsen. | | | | | |
| 4.2 Hur har återkoppling skett till personalen angående den inträffade händelsen? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Vänd! | | | | | |
| 4.3 Har händelsen rapporterats till någon myndighet, i så fall vilka? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Socialtjänsten <input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Arbetsmiljöverket <input type="checkbox"/> Annan: | | | | | |
| 5 Vilka åtgärder har vidtagits för att förhindra en upprepning av händelsen? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Vänd! | | | | | |
| Underskrift | | | Härav har jag tagit del | | |
| Verksamhetschefens underskrift | | | Den drabbades namnteckning | | |
| Namnförtydligande | | | Namnförtydligande | | |