

Formblatt zur Unfalluntersuchung

Betrieb:

.....

Verletzter:

Name

Vorname

Im Betrieb tätig als

Geburtsdatum:

T	T	M	M	J	J	J	J

Unfallort: (zum Beispiel Bereich, Abteilung)

.....

Unfalldatum:

T	T	M	M	J	J	J	J

Unfallhergang: (Beschreibung des Unfallablaufs)

.....

Unfallursachen: (Mehrfachnennungen möglich)

... und zwar: (genaue Beschreibung)

Technischer Mangel (zum Beispiel an Maschine, Gerät, Anlage, Gebäude, Fußboden)

Schutzeinrichtungen fehlen/
unzureichend/mangelhaft/überbrückt

Geeignete Arbeitsmittel/Hilfsmittel/
Schutzausrüstungen fehlen

Formblatt zur Unfalluntersuchung

Unfallursachen: (Mehrfachnennungen möglich)	... und zwar: (genaue Beschreibung)
<input type="checkbox"/> Kennzeichnungen/Warnhinweise fehlen	
<input type="checkbox"/> Mitarbeiter nicht unterwiesen/informiert	
<input type="checkbox"/> Fehlende Wartung/Prüfung/Instandhaltung	
<input type="checkbox"/> Ungünstige Organisation/Koordination von Arbeitsabläufen	
<input type="checkbox"/> Schutzausrüstung/Hilfsmittel nicht benutzt	
<input type="checkbox"/> Anweisungen/Verbote nicht beachtet	
<input type="checkbox"/> Unaufmerksamkeit/Ablenkung/Eile	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Folgende Maßnahmen wurden festgelegt:	Verantwortlich (wer)	Termin (bis wann)

Untersucht von:	am: (Datum)	Unterschrift des Unternehmers: