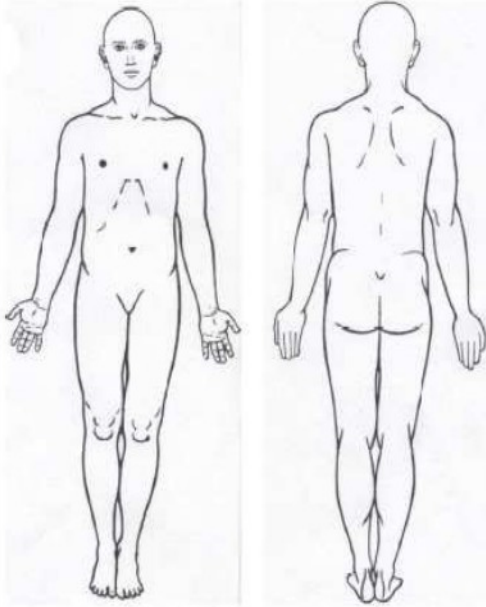


Angaben zur Person	
Einrichtung:	Name, Vorname:
Mitarbeiterfunktion:	Alter:
beschäftigt seit:	
Angaben zur unsicheren Situation	
Datum:	Unfallart: <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall
Wie kam es zu dieser Situation?	
Mögliche Verletzungen	Verletzte Körperteile (kreuzen Sie an und kreisen Sie ein)
<input type="checkbox"/> Schnitt / Riss / Stich <input type="checkbox"/> Quetschung / Prellung / Zerrung <input type="checkbox"/> Knochenbruch <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Auge <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Rumpf <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Bein <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Fuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts </div> <div style="flex: 2; text-align: center;">  </div> </div>
Eingeleitete Maßnahmen	
Weitergeleitet an	
<input type="checkbox"/> Abteilungsleiter	
<input type="checkbox"/> Fachkraft für Arbeitssicherheit	
<input type="checkbox"/> Sonstige:	
Aufgenommen in die Unfallstatistik	<input type="checkbox"/> Sonstige Körperstellen:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bemerkung:	

Ort, Datum	Unterschrift Mitarbeiter
------------	--------------------------