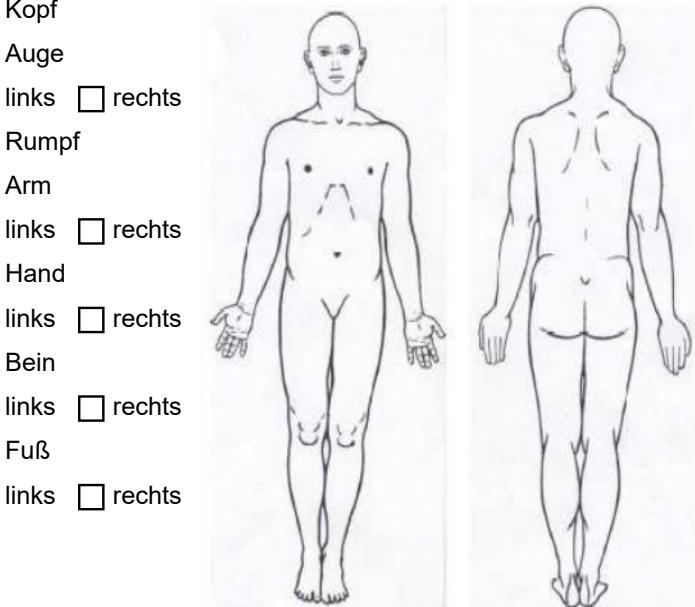


Angaben zur Person	
Einrichtung:	Name, Vorname:
Mitarbeiterfunktion:	Alter:
beschäftigt seit:	
Angaben zur unsicheren Situation	
Datum:	Unfallart: <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall
Wie kam es zu dieser Situation?	
Mögliche Verletzungen	
<input type="checkbox"/> Schnitt / Riss / Stich <input type="checkbox"/> Quetschung / Prellung / Zerrung <input type="checkbox"/> Knochenbruch <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<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
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"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Sonstige Körperstellen:
Bemerkung:	
Ort, Datum	Unterschrift Mitarbeiter



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

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	QMh 2.0	Oktober 2025	Seite 1 von 1