

## Ereignis abgeklärt von

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Abteilung: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Art des Ereignisses

Berufsunfall:  Zahnschaden:   
 Berufskrankheit:  Beinahe-Unfall:   
 Nichtberufsunfall:  Sachschaden:

## Angaben zur verletzten/betroffenen Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Stellung im Betrieb: \_\_\_\_\_  
 Üblicher Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
 Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_  
 Ausbildung:  gelernt  angelernt  ungelernt  \_\_\_\_\_

## Zeugen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Betrieb: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Betrieb: \_\_\_\_\_

## Weitere Beteiligte

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Betrieb: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Betrieb: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Ereignis

Zeitpunkt: \_\_\_\_\_  
 Ereignisort: \_\_\_\_\_  
 Arbeitsmittel: \_\_\_\_\_  
 (Werkzeuge, Maschinen, Hilfsmittel)  
 Verletzungsart: \_\_\_\_\_  
 (Schnitt, Bruch usw.)  
 Erstbehandelnder Arzt/Spital: \_\_\_\_\_  
 Sachschaden: \_\_\_\_\_  
 (Art, Kosten usw.)

### Verletzte Körperteile:

