

Arbetsmiljöhandbok STENEBY

Aktivitet: 09.1 Blankett för rapportering och utredning av tillbud och olyckor Form for reporting and investigation of incidents and accidents				
Dokumentet framtaget av:	Dokumentdatum: 2014-08-21	Godkänt av (sign.):	Version: 1	Sida: 1 (2)

Rapportering av tillbud eller olycka Reporting an incident or accident

Rapporten avser / The report covers:

- Olycka / Accident
- Tillbud / Incident
- Fysiskt / Physical
- Psykosocialt / Psychosocial

Beskrivning av händelsen/situationen. <ul style="list-style-type: none">• Description of the event/situation.
I vilket arbetsmoment? (särskild arbetsuppgift, på väg till och från arbetet, annat, mm) <ul style="list-style-type: none">• Under what circumstances? (special duty, on their way to and from work, other, etc.)
Tidpunkt och plats? <ul style="list-style-type: none">• Time and place?
Vad vet du om orsaken till tillbudet/olyckan? <ul style="list-style-type: none">• What do you know about the cause of the incident/accident?
Förslag på åtgärder för att förebygga denna typ av händelser. <ul style="list-style-type: none">• Suggestions on measures to prevent this kind of event.

Rapporteringen mottagen av / received by: _____

Namn / Name: _____

Datum / Date : _____

Arbetsmiljöhandbok STENEBY

Aktivitet: 09.1 Blankett för rapportering och utredning av tillbud och olyckor Form for reporting and investigation of incidents and accidents				
Dokumentet framtaget av:	Dokumentdatum: 2014-08-21	Godkänt av (sign.):	Version: 1	Sida: 2 (2)

Utredning av olycka/ tillbud - Investigation of accident/incident

Genomförd av

Namn: _____

Datum : _____

Namn: _____

Datum: _____

Beskrivning av utredning (händelse/situation, genomförande och resultat).			
Vilka åtgärder behöver vidtas omedelbart? / What steps need to be taken immediately?			
Åtgärder	Vem ansvarar??	När klart?	Uppföljning
Vilka åtgärder behöver vidtas för att tillbudet/olyckan inte ska hända igen? (mer långsiktiga åtgärder)			
Åtgärder	Vem ansvarar??	När klart?	Uppföljning

Behandlat av arbetsmiljögruppen	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Datum _____
Anmälan till Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Datum _____
Anmälan till Arbetsmiljöverket	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Datum _____
Kontakt med företagshälsovården	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Datum _____

Underskrift av ansvarig chef	Datum
Underskrift av skyddsombud	Datum / Date

Anmäl utan dröjsmål till Arbetsmiljöverket om allvarig olycka eller allvarligt tillbud drabbat arbetstagare. Anmälan kan göras på www.anmalarbetskada.se eller via svarstjänsten på 010-730 90 00.