

3. Vilken typ av arbetsskada eller personskada gäller anmälan?

2(5)

1. Olycksfall → Gå till avsnitt 4
2. Färdolycksfall vid färd till eller från arbetsplatsen/vid in- eller utryckning för LSP → Gå till avsnitt 4
3. Sjukdom eller annan ohälsa (ej olycksfall) → Gå till avsnitt 5
4. Fritidsskada för LSP och fritidsskada som inträffat ombord för anställda på fartyg → Fylls i som vid olycksfall eller sjukdom, se punkt 1 eller 3

4. Hur gick olyckan till?

4.1 **Var inträffade olyckan?** Preciserar plats (t.ex. spårrområde, kök, lastkaj, enskilt hem, skjutbana, skogsmark, verkstad)

4.2 **Vad** var den skadade **sysselsatt** med då olyckan inträffade? (Specificera arbetsuppgift, arbetsmoment)

4.3 **Vad hände?** Beskriv olycksförloppet steg för steg.

4.4 **Vad** sammanfattar olyckan i punkt 4.3 bäst? (Ange ett av alternativen)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Eloycka, brand, explosion, sprängning | <input type="checkbox"/> 8. Skadad av person (fysiskt, även oavsiktligt) |
| <input type="checkbox"/> 2. Kontakt (även inandning) med kemiskt ämne eller smittämne | <input type="checkbox"/> 9. Skadad av djur |
| <input type="checkbox"/> 3. Den skadade föll | <input type="checkbox"/> 10. Fysisk överbelastning (lyft eller ansträngande/häftig rörelse) |
| <input type="checkbox"/> 4. Den skadade slog eller stötte emot något (ej vid fall) | <input type="checkbox"/> 11. Psykisk överbelastning (hot, chock) |
| <input type="checkbox"/> 5. Skadad av maskin, maskindel eller föremål i rörelse (mekanisk rörelse) | <input type="checkbox"/> 12. Snedtramp, feltramp, "spik"-tramp (ej fall) |
| <input type="checkbox"/> 6. Skadad av fallande/flygande föremål (ej egen hantering) | <input type="checkbox"/> 13. Fordonsolycka eller påkörd |
| <input type="checkbox"/> 7. Skadad av hanterat föremål (egen hantering) | <input type="checkbox"/> Annat, ange vad |

4.5 **Vilka** maskiner, redskap, apparater, kemikalier, smittämnen, skyddsutrustning ed. var inblandade i olyckan?

Fabrikat/typbeteckning, tillverkningsår (i förekommande fall)

Kemikalien funktion (t.ex. härdare av lim)

Produktnamn eller kemiskt namn

4.6 **Varför** hände olyckan? Ange omständigheter som medverkade eller hade betydelse för händelsen (t.ex. lyfthjälpmiddel/utrustning ej till hands, felmanöver, missförstånd, skyddsutrustning saknades, för få personer för arbetsuppgiften, stark tidspress, instruktioner ej kända eller uppdaterade, bristfällig träning för uppgiften, ej kartlagd risk i förändrings-/ombyggnadsarbete).

5. Vad har orsakat sjukdomen/ohälsan?

3(5)

5.1 Beskriv utförligt vilka arbetsförhållanden eller arbetsuppgifter som misstänks vara orsak till besvären, t.ex. hur ofta lyft förekommit och hur tunga de var. Vid psykosociala eller organisatoriska arbetsmiljöproblem beskrivs problemen.

5.2 Specificera vilka faktorer som misstänks vara trolig orsak till besvären, såsom kemikalier, smittämnen, vad är tungt, maskiner, redskap, utrustning, inredning, psykosociala och organisatoriska faktorer ed.

Fabrikat/typbeteckning, tillverkningsår (i förekommande fall)

Kemikalien funktion (t.ex. härdare av lim)

Produktnamn eller kemiskt namn

5.3 Markera vad som bäst beskriver orsaken till sjukdomen/ohälsan? (Ev. mer än ett alternativ.)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Ergonomiska faktorer (t.ex. ensidigt upprepat arbete, statisk belastning, knästående arbete) | <input type="checkbox"/> 4. Smittämnen eller andra biologiska faktorer (t.ex. bakterier, virus, mögel, endotoxin) |
| <input type="checkbox"/> 2. Kemiska ämnen/produkter (t.ex. rengöringsmedel) | <input type="checkbox"/> 5. Psykosociala eller organisatoriska orsaker (t.ex. omorganisation, hög arbetsbelastning, konflikt, mobbning, påfrestande klientkontakt). |
| <input type="checkbox"/> 3a. Buller | <input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken |
| <input type="checkbox"/> 3b. Andra fysikaliska faktorer (t.ex. vibrationer, värme, strålning, drag) | |



Blanketten ifylls för värnpliktiga vid personskada i tjänsten och färdolycksfall under fritid.

1- 2 Den skadade och när

1.1 Namn		1.2 Personnummer	
1.3 Förband, skola (motsv)		1.4 Befattningskod	2 Tidpunkt
		Ange klockslag då skadan uppstod	

3 Tjänstbarhetsbedömning (enligt TFG 000006)

Av vpl fastställd tjänstbarhet	
<input type="checkbox"/>	1. Ingen påverkan på tjänsten
<input type="checkbox"/>	2. Undantas från viss angiven tjänst; ange vilken _____
<input type="checkbox"/>	3. Deltar inte i någon tjänst, vila i förläggningen etc. Ange antal dagar, ev bedömt _____ dagar
Av läkare fastställd tjänstbarhet	
<input type="checkbox"/>	4. Ingen påverkan på tjänsten
<input type="checkbox"/>	5. Undantas från viss angiven tjänst; ange vilken _____
<input type="checkbox"/>	6. Deltar inte i någon tjänst; vila i förläggningen etc. Ange antal dagar, ev bedömt _____ dagar
7. Fortsatt tjänstgöring	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej beslutat

4 - 7 Uppgifter om olyckan

4 Antal skadade	5 Bidrog materielfel till olycksfallet?			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kan inte bedömas			
6 Om en liknande olycka skulle inträffa igen; hur stor är sannolikheten att personskadan kommer att bli mycket allvarlig (kräva sjukhusvistelse etc)? Ange endast ett svar				
<input type="checkbox"/> 1. Mycket liten	<input type="checkbox"/> 2. Liten	<input type="checkbox"/> 3. Stor	<input type="checkbox"/> 4. Mycket stor	<input type="checkbox"/> 5. Kan ej bedömas
7 Har Arbetsmiljöinspektionen underrättats?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			

8 Färdolycksfall under fritid

Olyckan inträffade		
<input type="checkbox"/> Vid färd till förbandet	<input type="checkbox"/> Vid färd från förbandet	<input type="checkbox"/> Färd vid annat tillfälle