

Nyilvántartási szám: 20

--	--

--	--	--	--	--

Számítógéppel, írógéppel vagy nyomtatott betűvel töltendő ki!

Területi kód:

--	--

Adatszolgáltatás jellege:*

1. Neve:																														
2. Címe:																														
3. Telefonszáma:				/											Fax:								Mobil:							
4. E-mail címe:																														
5. Adószáma:										-			-			Adóazonosító jele:														
6. Gazdálkodási forma:																														
7. Fő tevékenysége (TEÁOR '25):						8. Helyi egység fő tevékenysége (TEÁOR '25):																								
9. Összlétszám kategória:					10. Helyi egység létszám kategória:																									

1. Neve: 3. Születési neve: 5. Születési helye: 6. Születési ideje: év hó nap 7. Neme: 8. Állampolgársága: 9. Lakcíme: Település (út/utca) hsz. ép. lh. em. ajtó 11. Foglalkozása (FEOR): 13. Foglalkoztatás jellege:	2. TAJ száma: - - 4. Anyja neve: 10. Telefonszáma: 12. Foglalkoztatási jogviszonya:
---	---

1. Dátuma: 20 év hó nap 3. Sérülés a munkavégzés hányadik órájában: 4. A sérülés típusa: 6. A munkavégzés helye: 8. A sérülés súlyossága:	2. Időpontja (óra: 24 órás időszámítás): 5. A sérült testrész: 7. A baleset földrajzi helye: 9. A munkaképtelenség időtartama:
---	--

(A baleset leírása külön lapon folytatható!)

* (1) új / (2) tartalom módosító / (3) törlés a nyilvántartásból / (4) munkaképtelen napok számát közlő

(E) A munkabalesettel kapcsolatos egyéb információk:

1. Munkahelyi környezet:									
2. Munkafolyamat:									
3. Sérült konkrét fizikai tevékenysége:									
3.1. A konkrét fizikai tevékenység anyagi (tárgyi) tényezője:									
4. Balesetet kiváltó különleges esemény:									
4.1. A különleges esemény anyagi (tárgyi) tényezője:									
5. A sérülést okozó érintkezés, a sérülés módja:									
5.1. A sérülést okozó érintkezés anyagi (tárgyi) tényezője:									
6. Személyi tényező(k):	S					M			
7. A biztonsági- és jelzőberendezések, egyéni védőeszközök, egyéb védelmi megoldások alkalmassága:									
7.1. Védőburkolat ☐ 7.2. Védőberendezés ☐ 7.3. Jelzőberendezés ☐ 7.4. Egyéni védőeszköz ☐ 7.5. Egyéb védelmi megoldás ☐									

(F) A balesethez vezető ok / okok:

--	--

(G) Munkáltatói intézkedés(ek) a hasonló balesetek megelőzésére:

--	--

(H) Mellékletek, megjegyzések:

--

(I) A kivizsgálást végzők adatai, hitelesítések:

1. Munkavédelmi képviselő: ☐	<i>A kivizsgálással: (1) Egyetért / (2) Nem ért egyet / (3) Nem vett részt / (4) Nincs képviselő</i>		
Név:	Dátum:	Aláírás:.....	
2. A baleset kivizsgálását végezte:			
Név:	Dátum:	Aláírás:.....	
Mv. képzettséget igazoló irat száma:			
3. Résztevő foglalkozás-egészségügyi orvos:			
Név:	Dátum:	Aláírás:.....	
Orvos pecsét száma:			
4. Munkáltató képviselője:			
Név:	Beosztás:	Dátum:	Aláírás:.....

(J) A jegyzőkönyvet ellenőrző munkavédelmi hatóság:

Megjegyzés:			
Közúti baleset: [I / N]	Utaz: [I / N]		
Név:	Ig. szám:	Dátum:	Aláírás:.....