

5 évig irattárban megőrzendő!

Nyilvántartási szám: 20

év		
----	--	--

sorszám					
---------	--	--	--	--	--

MUNKABALESETI JEGYZŐKÖNYV

Számítógéppel, írógéppel vagy nyomtatott betűvel töltendő ki!

Területi kód:

--	--

Adatszolgáltatás jellege:*

--

(A) A munkáltató adatai:

1. Neve:																	
2. Címe:																	
3. Telefonszáma:			/					Fax:			Mobil:						
4. E-mail címe:																	
5. Adószáma:					-		-					Adóazonosító jele:					
6. Gazdálkodási forma:																	
7. Fő tevékenysége (TEÁOR '08):													8. Helyi egység fő tevékenysége (TEÁOR '08):				
9. Összlétszám kategória:													10. Helyi egység létszám kategória:				

(B) A sérült (munkavállaló) adatai:

1. Neve:											2. TAJ száma:									
3. Születési neve:											4. Anyja 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):															10. Telefonszáma:					
13. Foglalkoztatás jellege:													12. Foglalkoztatási jogviszonya:							

(C) A munkabaleset adatai:

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

(D) A munkabaleset részletes leírása:

(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 <input type="checkbox"/> 7.2. Védőberendezés <input type="checkbox"/> 7.3. Jelzőberendezés <input type="checkbox"/> 7.4. Egyéni védőeszköz <input type="checkbox"/> 7.5. Egyéb védelmi megoldás <input type="checkbox"/>									

(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: <input type="checkbox"/>	A kivizsgálással: (1) Egyetért / (2) Nem ért egyet / (3) Nem vett részt / (4) Nincs képviselő		
Név:	Dátum:	Aláírás:.....	
2. A baleset kivizsgálását végezte:			
Név:	Dátum:	Aláírás:.....	
Mv. képzettséget igazoló irat száma:			
3. Résztvevő 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]	Utas: [I / N]		
Név:	Ig. szám:	Dátum:	Aláírás:.....