

Ereignisbericht

☐ Campus Duisburg☐ Campus Essen☐ Beinahe Unfall/unsichere Situation☐ Erste Hilfe☐ Arztbesuch/Arbeitsunfall (≤ 3 Tage, nicht meldepflichtig)☐ Arbeitsunfall (> 3 Tage, meldepflichtig)☐ Wegeunfall**Betroffener/Verletzter**

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Strasse		Telefon	
PLZ/Ort		E-Mail	
<input type="checkbox"/> Mitarbeiter UDE	<input type="checkbox"/> Auszubildender UDE	<input type="checkbox"/> Studierender	
<input type="checkbox"/> Beamter UDE	<input type="checkbox"/> Fremdfirmenmitarbeiter	<input type="checkbox"/> Besucher/Gast	
beschäftigt als/Studiengang		im Bereich	
beschäftigt/eingeschrieben seit		in diesem Bereich seit	

Ereignisdaten:

Datum		Zeit	
Ort			
Bereich/Veranstaltung			
Tätigkeit eingestellt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	
Tätigkeit aufgenommen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	

Beschreibung des Ereignisherganges (Verlauf, verwendete Maschinen und Anlagen, Gefahrstoffe)

Gefährdungsbeurteilung vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Datum	
Betriebsanweisung vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Datum	
Unterweisung durchgeführt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	
Arbeitsmittel geprüft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	

links	rechts	Verletzungsstelle	Art der Verletzung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auge	<input type="checkbox"/> Riss
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hand	<input type="checkbox"/> Stich-/Schnitt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arm	<input type="checkbox"/> Platzwunde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ellenbogen	<input type="checkbox"/> Schürfung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bein	<input type="checkbox"/> Bruch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/> Verrenkung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuß	<input type="checkbox"/> Verstauchung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Prellung
<input type="checkbox"/> keine Verletzung			

☐ Quetschung☐ Fremdkörper☐ Verbrennung☐ Verätzung☐ Verblitzen☐ Stromschlag☐ Schmerzen

Beschreibung der Ereignisursache

Maßnahmen	Verantwortlich	Termin

Datum, Vorgesetzter/Dozent

Datum, Betroffener/Verletzter

Datum, FASi (zur Kenntnis)

Kopie: Vorgesetzter/Dozent
Betroffener/Verletzter
Fachkräfte für Arbeitssicherheit
Stabsstelle für Arbeitssicherheit und Umweltschutz