|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ereignisbericht** |
| **🞎 Beinahe Unfall/unsichere Situation**  **🞎 Erste Hilfe**  **🞎 Arztbesuch/Arbeitsunfall** (≤ 3 Tage, nicht meldepflichtig)  **🞎 Arbeitsunfall** (> 3 Tage, meldepflichtig)  **🞎 Wegeunfall** |
| **🞎 Campus Duisburg**  **🞎 Campus Essen** |

**Betroffener/Verletzter**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** |  | | | **Geburtsdatum** | | |  | |
| **Strasse** |  | | | **Telefon** | | |  | |
| **PLZ/Ort** |  | | | **E-Mail** | | |  | |
| **🞎 Mitarbeiter UDE 🞎 Auszubildender UDE 🞎 Studierender 🞎 Fremdfirmenmitarbeiter 🞎 Besucher/Gast 🞎** | | | | | | | | |
| **beschäftigt als/Studiengang** | |  | | | **im Bereich** |  | | |
| **beschäftigt/eingeschrieben seit** | |  | **in diesem Bereich seit** | | | | |  |

**Ereignisdaten:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** |  | **Zeit** |  |
| **Ort** |  | | |
| **Bereich/Veranstaltung** |  | | |
| **Tätigkeit eingestellt** | **🞎 nein 🞎 ja, am** |  | |
| **Tätigkeit aufgenommen** | **🞎 nein 🞎 ja, am** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beschreibung des Ereignisherganges** (Verlauf, verwendete Maschinen und Anlagen, Gefahrstoffe) | | |
|  | | |
| **Gefährdungsbeurteilung vorhanden** | **🞎 nein 🞎 ja, Datum** |  |
| **Betriebsanweisung vorhanden** | **🞎 nein 🞎 ja, Datum** |  |
| **Unterweisung durchgeführt** | **🞎 nein 🞎 ja, am** |  |
| **Arbeitsmittel geprüft** | **🞎 nein 🞎 ja, am** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| links rechts **Verletzungsstelle** | | **Art der Verletzung** | |
| **🞎 🞎** Auge | **🞎** Kopf | **🞎** Riss | **🞎** Quetschung |
| **🞎 🞎** Hand | **🞎** Brust | **🞎** Stich-/Schnitt | **🞎** Fremdkörper |
| **🞎 🞎** Arm | **🞎** Rücken | **🞎** Platzwunde | **🞎** Verbrennung |
| **🞎 🞎** Ellenbogen | **🞎** Bauch | **🞎** Schürfung | **🞎** Verätzung |
| **🞎 🞎** Bein | **🞎** | **🞎** Bruch | **🞎** Verblitzen |
| **🞎 🞎** Knie |  | **🞎** Verrenkung | **🞎** Stromschlag |
| **🞎 🞎** Fuß |  | **🞎** Verstauchung | **🞎** Schmerzen |
| **🞎 🞎** |  | **🞎** Prellung | **🞎** |
| **🞎 keine Verletzung** | | | |

|  |
| --- |
| **Beschreibung der Ereignisursache** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Maßnahmen** | **Verantwortlich** | **Termin** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Datum, Vorgesetzter/Dozent Datum, Betroffener/Verletzter Datum, FASi

**Kopie: Vorgesetzter/Dozent**

**Betroffener/Verletzter**

**Fachkräfte für Arbeitssicherheit**

**Stabsstelle für Arbeitssicherheit und Umweltschutz**