|  |  |
| --- | --- |
| **logo_claim_300dpi_cmyk** | **Ereignisbericht** |
| [ ]  **Unfall mit Personenschaden**[ ]  **erheblich finanzieller Sachschaden**[ ]  **lokal eng begrenztes Ereignis[[1]](#footnote-1)** [ ]  **lokal weiten Auswirkungen[[2]](#footnote-2)** [ ]  **Beinaheunfall[[3]](#footnote-3)** [ ]  **Wegeunfall** |
| [ ]  **Campus Essen** [ ]  **Campus Duisburg** |
| [ ]  **Fakultät für** |  | [ ]  **Verwaltungsbereich** |  |
| **Zuständige(r): ProfessorIn** |  | **Zuständige(r) Verantwortliche(r)** |  |

**1 – Ansprechpartner innerhalb der Universität (Erreichbarkeit bei Rückfragen)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** |  | **E-Mail** |  |
| **Raum (UDE)** |  | **Telefon (UDE)** |  |

**2 - Ereignisdaten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** |  | **Uhrzeit** |  |
| **Ort** |  |
| **Bereich/Veranstaltung** |  |
| **Beschreibung des Ereignisherganges** (Verlauf, verwendete Maschinen und Anlagen, Gefahrstoffe) |
|  |

**3 – Ereignisfolgen (Personenschaden)** [ ]  **entfällt, da kein Verletzter**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zahl der verletzten Personen:** |  |
| **Betroffene(r) ist/sind**[ ]  **Beschäftigte UDE** [ ]  **Auszubildende(r) UDE** [ ]  **Studierende(r)** [ ]  **Beschäftigte einer Fremdfirma** [ ]  **Besucher/Gast** [ ]  **………….** |
| **Sofortmaßnahmen und ärztliche Hilfe** |
| [ ]  **Erste Hilfe** | **Ablauf zufriedenstellend?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein** |
| [ ]  **Arztbesuch[[4]](#footnote-4)**  | [ ]  **beim Durchgangsarzt** [ ]  **beim Hausarzt** |
| [ ]  **Krankenwagen angefordert** | **Krankentransport erfolgt?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein** |
| [ ]  **Notarzt angefordert** |  |
| [ ]  **Dokumentation**  | [ ]  **Eintragung im Verbandbuch**[ ]  **Unfallbericht[[5]](#footnote-5)** |
| [ ]  **Tätigkeit eingestellt**  | [ ]  **nein** [ ]  **ja, am** |

**4 – Ereignisfolgen (Sachschaden)** [ ]  **entfällt, da kein Sachschaden**

|  |
| --- |
| **Sofortmaßnahmen**  |
| [ ]  **nur uniintern**  | [ ]  **auch uniexterne Hilfe beteiligt** |
| [ ]  **nach Brand** | **Ablauf zufriedenstellend?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein** |
| [ ]  **nach Explosion/Verpuffung** | **Ablauf zufriedenstellend?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein** |
| [ ]  **nach Auslaufen oder  Verschütten gefährlicher Chemikalien** | **Ablauf zufriedenstellend?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein** |
| [ ]  **nach Austritt gefährlicher Gase** | **Ablauf zufriedenstellend?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein** |
| [ ]  **nach mechanischer  Einwirkung** | **Ablauf zufriedenstellend?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein** |
| [ ]  **nach………………………..**  | **Ablauf zufriedenstellend?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein** |

**5 – Grundmaßnahmen des präventiven Arbeitsschutzes**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gefährdungsbeurteilung vorhanden** | [ ]  **nein** [ ]  **ja Datum:** |
| **Betriebsanweisung vorhanden** | [ ]  **nein** [ ]  **ja Datum:** |
| **Unterweisung durchgeführt** | [ ]  **nein** [ ]  **ja Datum:** |
| **Arbeitsmittel geprüft** | [ ]  **nein** [ ]  **ja Datum:** |

**6 – Ursache des Ereignisses**

|  |
| --- |
| **Auslöser des Ereignisses – vermutete Gefahrenquelle** |
|  |

**7 – Schutzmaßnahmen zur Verhinderung einer Ereigniswiederholung**

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

**Beteiligte an der Ereignisanalyse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Vorgesetzte(r) / Dozent Betroffene(r)r/Verletzte®

1. **ein Raum, ein Labor…** [↑](#footnote-ref-1)
2. **ein Gang, ein Stockwerk, ein Brandabschnitt, ein Haus …** [↑](#footnote-ref-2)
3. **kein unmittelbarer Schaden für Personen, Räume oder Einrichtungsgegenstände, aber grundsätzlich mit erheblichen Gefahrenpotential** [↑](#footnote-ref-3)
4. Bei einem Arztbesuch, der im Zusammenhang mit einer Verletzung bei der Arbeit steht, ist der Arzt auf diesen Umstand hinzuweisen. Vorgesetzte oder zuständige Verantwortliche sind über den Arztbesuch zu informieren. Ggf. sind weitere Dokumentationen erforderlich (Unfallberichtsbogen der UK NRW). [↑](#footnote-ref-4)
5. Arbeitsunfälle mit einer Krankschreibung über 3 Tage sind meldepflichtig. Der Unfall ist auf einem Meldebogen der Unfallkasse NRW zu dokumentieren. Hausintern zuständig: Stabsstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz [↑](#footnote-ref-5)