# Utredning av olycka eller tillbud *[ange löpnummer]*

Genomförd av:

Namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Beskriv kortfattat utredningen och dess resultat: |
| Riskbedömning |
| Risker | **Riskuppskattning** |
|  | Låg | Medel | Hög |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Vilka åtgärder behöver vidtas omedelbart? |
| Åtgärder | Vem ansvarar? | När klart? | Uppföljning |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Vilka åtgärder behöver vidtas för att tillbudet/olyckan inte ska hända igen?(mer långsiktiga åtgärder) |
| Åtgärder | Vem ansvarar? | När klart? | Uppföljning |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Behandlat av fysiska arbetsmiljögruppen □ Nej □ Ja Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anmälan till Försäkringskassan □ Nej □ Ja Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anmälan till Arbetsmiljöverket □ Nej □ Ja Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Underskrift av prefekt | Datum |
| Underskrift av skyddsombud | Datum |

Ansvarig chef ska utan dröjsmål anmäla till Arbetsmiljöverket om allvarlig olycka eller allvarligt tillbud drabbat arbetstagare. Anmälan kan göras på [www.anmalarbetsskada.se](http://www.anmalarbetsskada.se) eller via svarstjänsten på 010-730 90 00.