# 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.