

ANMÄLAN OM
YRKESKADA
OBLIGATORISK
FÖRSÄKRING

För skeppstjänst har särskilt formulär fastställt.

Anmälan enligt detta formulär skall av arbetsgivaren (arbetsföreståndaren) avgivas i:
2 ex till den allmänna försäkringskassa, hos vilken den skadade är inskriven eller skulle varit inskriven, om han fyllt 16 år. I övriga fall skall anmälan insändas till försäkringskassan i den ort, där olycksfallet inträffat eller yrkessjukdomen yppats. Är ingen av dessa regler tillämplig, skall anmälan insändas till Stockholms läns allmänna försäkringskassa, 105 11 STOCKHOLM.
Vid olycksfall under färd till eller från arbetsställe — med undantag för färd till eller från skogs- och flöttningsarbete — erfordras anmälan i endast 1 ex.
1 ex till skyddsombud, där dylikt finns.

ARBETSGIVAREN: Fullständigt namn Milotygværkstad		Registreringsnr/ födelseid och -nummer	
Fullständig postadress Pack 9, 546 01 KARLSBORG 1		Tel.-nr 10960 vx	Mantalskrivningskommun Karlsborg
Arbetsföretagets namn		Företagets art	
Arbetsföretagets adress, kommun och län (om ej överensstämmande med ovanstående) Skaraborg			

DEN SKADADE: Fullständigt namn Erik Gunnar Axel Nilsson		Fullständig postadress Hammen 7260, 546 00 Karlsborg 30469	
Föd-år 1927	månad 06	dag 28	nr 5919
Medborgarskap om ej svenskt	Ogift	Gift	Yrke eller yrkesspecialitet Sadelmakare
Anställd sedan den 1943-07-07	Ar den skadade in- skrivnen hos allmän försäkringskassa	Ja	Nei
Tiden för olycksfallet (eller yppandet vid annan yrkesskada) Tre dagen den 16/11 år 1973 kl 0700		Sysselsättningens art vid tiden för skadans uppkomst 1)	

Dagens arbete (skiftet) började kl 0700	Skadan inträffade	inom arbets- området	utom arbets- området	vid den vanliga arbetsplatsen	vid tillfällig arbetsplats	i hemmet	på väg till arbetsstället	på väg från arbetsstället
Vid yrkesskadans inträffande de sysselsatt för arbets- givarens räkning		Om nej, för vems räkning (namn och adress)						

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Var skyddsåtgärd vidtagen	Ha förebyggande åtgärder vidtagits med anledning av skadan			
Vid skadans uppkomst har medverkat	arbetsmetod, lokalförh. e. d.	den skadades beteende	olämplig klädsel	annan persons beteende
Uppgiv maskinslag, verktyg, redskap, transportmedel, skadligt ämne etc., som förorsakat skadan 1)				
Utförlig beskrivning av hur skadan uppkommit. Är omständigheterna ej kända för arbets- ledningen, bör detta anges. Vid färdolycksfall anges även färdväg och färdens ändamål. 1)				

Huvudsaklig olycksfallsorsak
(Endast en ruta markeras)

Motor, generator, transmission (ej på och i maskin)	00
Arbetsmaskin samt splitter e. d. därifrån	01
Hiss, kran, annan lyftanordning samt transportör	02
Fordon, fartyg (ej skeppstjänst), flygplan	03
Handverktyg (även maskindrivet), redskap samt splitter e. d. därifrån	04
Hett eller kallt ämne (fast, flytande, gasformigt)	05
Elektrisk ström	06
Explosion, söndersprängning, eld e. d.	07
Giftigt eller frätande ämne (vid inverkan högst en dag; eljest ruta 16)	08
Fall (av person) till lägre nivå	09
Fall (av person) på befintlig nivå	10
Fallande föremål, som den skadade ej hanterat, ras	11
Trampning på, stöt av eller mot föremål, som den skadade ej hanterat	12
Lyftning, bäring eller liknande hantering, utförd av den skadade	13
Djur	14
Annan olycksfallsorsak	15
Yrkessjukdom (ej olycksfall)	16

Huvudsakligast skadad kroppsdel
(Endast en ruta markeras)

Huvud, hals	0
Oga	1
Axel, arm	2
Handled, hand	3
Bål utom rygg	4
Rygg, rygggrad	5
Höftled, knä, ben	6
Fotled, fot	7
Hela eller mera omfattande delar av kroppen	8

Skadans art el. huvudsakliga beskaftenhet
(Endast en ruta markeras)

Mjukdelsskada utan sår	0
Sårskada (även "blodförgiftning")	1
Förlust av kroppsdel	2
Stukning, vrickning, sträckning	3
Skelettskada, tandkada	4
Brännskada	5
Kylskada	6
Frätskada, eksem	7
Förgiftning	8

Har den skadade avlidit	Ja	När	Nei	Har polismyndig- het gjort för- undersökning	Ja	Nei
	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Karlsborg den **8/10** 19 **74**

Tommy Eklöf
Tommy Eklöf (Arbetsföreståndare)

Försäkringskassans anteckningar

Inkom den	Personnr	Diagnos enl. läkarintyg
Antal dagar under samordningstiden med hel sjukp. (ej vid sjukhusvård)	sjukpenning vid sjukhusvård	Halv sjukp.

Försäkringskassans namn och lokalkontorets nr
(namnstämpe)

Rfv. 0:133 Utgåva 16 9.73 500 003 GÅKLA BOKTR. AB, SVEDALA ALLF 164 73 093

UPPGIFTER AVSEDDA FÖR FÖRETAGENS INTERNA SKYDDSVERKSAMHET

Ifyllande av nedanstående formulär, vilket upprättats av Arbetarskyddsämnden, är **icke obligatoriskt**. Kungl. Arbetarskyddsstyrelsen rekommenderar det emellertid för företagens interna skyddsverksamhet. (I de fall då formuläret kommer till användning behöver det ifyllas endast på det exemplar, som behålles på arbetsstället, och på det exemplar, som överlämnas till skyddsombudet.)

Arbetet avbröts den	Arbetet återupptogs den	Antal sjukdagar	Antal förlorade arbetstimmar

Yrkeskadans orsak torde kunna hänföras till (Markera beräknad huvudorsak med X och bidragande orsak med O i tillämpliga rutor.)

skyddsanordning	instruktion
<input type="checkbox"/> ej anordnad, bristfällig, borttagen	<input type="checkbox"/> ej meddelad, bristfällig, ej uppfattad, ej efterföljd
tillsyn	arbetsmetod
<input type="checkbox"/> et utövad på grund av tidsnöd, annat förhinder eller felbedömning	<input type="checkbox"/> felaktig men tillåten eller av obetänksamhet tillgripen
ej ordinarie arbete	ovana vid arbetet
<input type="checkbox"/> van arbetare i annat tillfälligt arbete	<input type="checkbox"/> nybörjare eller överflyttad till nytt arbete
byggnad	arbetsområde
<input type="checkbox"/> felaktighet på byggnad o. d.	<input checked="" type="checkbox"/> felaktighet i arbetslokal eller inom arbetsområde
utrymme	belysning
<input type="checkbox"/> otillräckligt i arbetslokal eller vid arbetsplats	<input type="checkbox"/> saknas, otillräcklig, felaktig eller trötande
utrustning (maskiner, verktyg, redskap, arbetsbänkar m. m.)	material
<input type="checkbox"/> bristfällig eller olämplig	<input type="checkbox"/> olämpligt för arbetet
ordning	personlig skyddsutrustning
<input type="checkbox"/> dålig ordning på eller omkring arbetsplatsen	<input type="checkbox"/> saknas, olämplig, icke använd
klädsel	sjuklig disposition
<input type="checkbox"/> bristfällig eller olämplig för arbetsuppgiften	<input type="checkbox"/> på grund av skada, sjukdom eller depression
omständighet som ej kunnat förutses (eller i undantagsfall ej kunnat fastställas)	annan persons beteende
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ovana vid arbetet, obetänksamhet eller annan orsak

Skyddsåtgärder

Vad har gjorts till förebyggande av dylika skador

Förbättring av ventilation genom 2 st flyttbara punktutsug samt ett fast utsug vid limbänk. Allt ymningsarbete förbjöds tills ventilationen förbättrats. Uppmätning av halten ångor har genomförts av yrkesinspektionen. Halten var hög men överskred ej rekommenderad dagsdos.

Vad kommer att vidtagas för att söka förebygga ett återupprepande

I undersökningen har undertecknad deltagit

Skyddsombud

Arbetsgivare (arbetsföreståndare, arbetsledare)