

<input type="checkbox"/> <b>ELECTRABEL</b> <input type="checkbox"/> <b>VERTRAGSPARTNER</b> (Name des Unternehmens) .....	<b>MELDUNG EINES ARBEITSUNFALLS<sup>(1)</sup></b>	<b>Datum und Uhrzeit</b> .../.../..... Uhr
--	---	---

**1. Persönliche Angaben des Verunfallten**

Name: .....

Vorname: ..... Alter: ..... Jahre

Geschlecht:  M  W

Krankenkasse (+ Anschrift): .....

ENSS (nationale Sozialversicherungsnummer): \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ - \_ \_ . \_ \_ . \_ \_

 Zone: GDP - Doel - Tihange - Noord - Süd - M & S -

Hauptsitz - Laborelec

 Standort: ..... Abteilung: .....
**2. Unfall**
 Arbeitsunfall  ArbeitswegunfallHandelt es sich um einen Verkehrsunfall?  Ja  Nein

Tag: ..... Datum: .../.../..... Uhrzeit: ..... Uhr

Straße - Nr. - Ort (genaue Ortsangabe):  
.....

.....

PLZ: ..... Ort: .....

Befand sich der Verunfallte an seinem gewöhnlichen  
Arbeitsort? Ja  NeinBefand sich der Verunfallte an einem Ort für  
Gelegenheitsarbeiten?  Ja  Nein

→ Falls ja, warum? .....

Uhrzeit bei Arbeitsunterbrechung: ..... Uhr

**3. Beschreibung des Unfallhergangs**
Beschreiben Sie den Ort, an dem sich der Verunfallte bei  
Entstehung des Unfalls befand (z.B.: Baustelle, Maschinenraum,  
Büro, Lager, Kundenbesuch usw.): .....

.....

.....

Beschreiben Sie die Handlung, die der Verunfallte bei  
Entstehung des Unfalls ausführte (z.B.: Besteigung einer Leiter,  
sitzende Position, gehend, am Steuer eines Transportmittels usw.): .....Beschreiben Sie die Aktivität bzw. die Aufgabe, die der Verunfallte bei Entstehung des Unfalls ausführte (z.B.: Bau,  
Wartungs-, Erd-, Abriss- oder Transportarbeiten usw.): .....

.....

.....

Beschreiben Sie präzise die Umstände, die zum Unfall führten (z.B.: Abrutschen, Verlust der Kontrolle über ein Fahrzeug, falsche  
Bewegung, Auseinandersetzung, Umgang mit gefährlichen Gütern usw.) sowie **SÄMTLICHE** beteiligte Gegenstände, sofern diese von  
Relevanz sind (z.B.: Werkzeug, Ausrüstung, Gegenstände, Arbeitsgeräte usw.): .....

.....

.....

**4. Haftpflichtige Dritte:**  Ja  Nein

Name: ..... Vorname: .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: .....

Versicherung und Policennummer: .....

Betroffenes Fahrzeug (amtl. Kennzeichen – Marke – Typ):

.....

Bei amtlicher Anzeige bitte Aktenzeichen angeben: .....

Ausgefertigt durch ..... am .../.../...

**5. Zeugen:**  Ja  Nein

	<input type="checkbox"/> EBL <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> EBL <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> EBL <input type="checkbox"/> Sonstige
Name			
Vorname			
Anschrift			
Sprache			

**6. Medizinische Versorgung**
Wurde eine medizinische Versorgung gewährleistet?  Ja  Nein Uhrzeit der Versorgung: ..... Uhr Vor Ort – durch wen? ..... Qualifikation:  Krankenpfleger  Sanitäter Durch Arzt (Name, Anschrift + LIKIV-Erkennungsnummer):  
.....

.....

 Im Krankenhaus – falls ja, in welchem? (Name + Anschrift):  
.....

.....

.....

(1) Diese Meldung und das an SIPP übermittelte ärztliche Attest gelten als Unfallanzeige beim Arbeitgeber.

**Es wird empfohlen, die Krankenkasse über diesen Unfall zu unterrichten.**

<b>Erklärender</b> (Name in Druckbuchstaben – Titel): ..... <b>Datum:</b> .../.../... <b>Uhrzeit:</b> ... / ... <b>Telefon:</b> .....	<b>Unterschrift:</b>  
Hinweis: Unter dem "Erklärenden" sind entweder der Verunfallte selbst oder dessen Anspruchsberechtigte zu verstehen; in Ermangelung der Arbeitgeber (gemäß Hierarchiestufe, mindestens Meisterebene). Der Verunfallte bzw. dessen Anspruchsberechtigte können jederzeit den Beistand der entsprechenden Hierarchiestufe in Anspruch nehmen.	

**7. Analyse des Unfallhergangs durch die jeweilige Hierarchiestufe**

**Umstände des Unfalls** (nur eine Antwort möglich)

**Nicht ermittelt:**  Unbekannt  Sonstige Ursachen

**Fluide:**  HS  NS  MD  TD  Brennstoff  Luft  
 Dampf  Wasser  Ionisierende Strahlung  
 Gefährliche Güter

**Sturz:**  Auf gleicher Ebene  Aus der Höhe

**Transport:**  Manuell  Mechanisch

**Externe Faktoren:**  Auseinandersetzung mit Dritten  
 Gewaltanwendung durch Dritte  
 Angriff durch Tiere

**Ausrüstungen:**  Defekt  
 Unsachgemäße Anwendung  
 Werkzeug

**Verkehr:**  Kfz- Fahrer  
 Kfz- Insasse  
 Motorrad- Fahrer  
 Fahrrad  
 Fußgänger  
 Öffentliches Verkehrsmittel

**Sonstiges:** .....

<b>➤ Kollekt. Schutzausrüstung (welche?):</b> (jeweils 1 Antw.)	<b>Nicht vorhanden</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nicht angewandt</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Unsachgem. Anwendung</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Ungeeignet</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. .... 2. .... 3. ....				

<b>➤ Individ. Schutzausrüstung (welche?):</b> (jeweils 1 Antw.)	<b>Nicht angewandt</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Unsachgem. Anwendung</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Ungeeignet</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. .... 2. .... 3. ....			

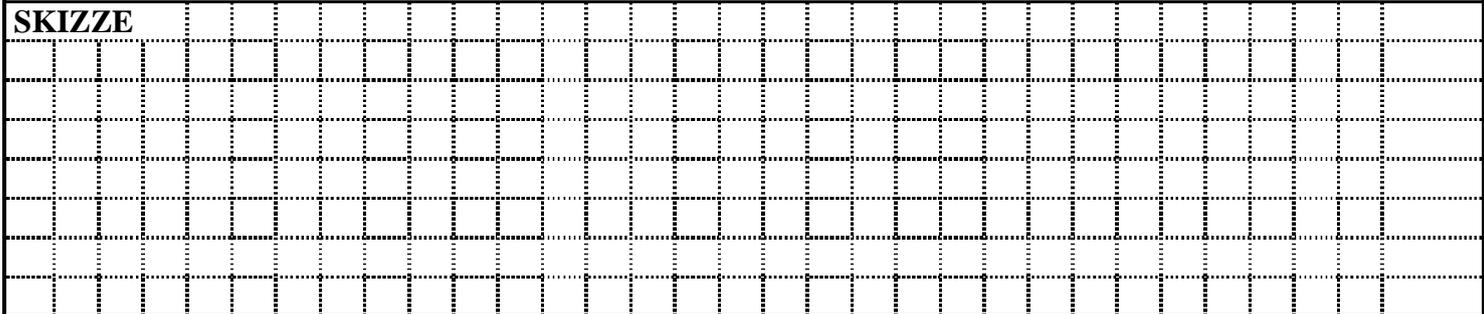
**➤ Kam ein Verfahren zur Anwendung (welches?):** .....

Lokal  Abgestimmt  Ungeeignet oder unvollständig  Nicht vorhanden  Nicht angewandt

**➤ Erhaltene Schulung:**  Nein  Falls ja seit wann?  < 2 Jahre  < 5 Jahre,  >= 5 Jahre

**➤ Arbeitsausrüstung - Werkzeuge (welche?):**  
 Ungeeignet  In schlechtem Zustand  Unsachgemäße Anwendung

**➤ Zusätzliche Bemerkungen:** .....



**Etwaige Anhänge** (Bitte die Anhänge mit Ort, Datum, Uhrzeit, Name des Verunfallten und einer laufenden Nummer versehen):

<b>Beauftragter der Untersuchung</b> (Name in Druckbuchstaben – Titel): ..... ..... <b>Datum:</b> ...../...../..... <b>Telefon:</b> .....	<b>Unterschrift:</b>  
--	------------------------------