

Zusatzfragebogen

Anschrift des Betriebes:

Mitgliedsnummer

Name des Versicherten

Unfalldatum

Geburtsdatum des Versicherten

Nähere Angaben zum Unfallort?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eigene Werkstatt/ Betrieb | <input type="checkbox"/> Außendienst/ Wartung/ Kundendienst |
| <input type="checkbox"/> Bau-/ Montagestelle | <input type="checkbox"/> Büro/ Verwaltung |
| <input type="checkbox"/> Im Straßenverkehr | |

Ist der Unfallort üblicher Arbeitsplatz des Verletzten?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Wurde der Verletzte arbeitsplatzspezifisch unterwiesen?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Hat der Unfall zu neuen Erkenntnissen hinsichtlich der Gefährdung am Arbeitsplatz geführt?

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Technische Maßnahme | |
| <input type="checkbox"/> Organisatorische Maßnahme | |
| <input type="checkbox"/> Personengebundene Maßnahme | |

Gibt es für diese Tätigkeit eine Betriebsanweisung?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Verfügt der Betrieb über ein anerkanntes Arbeitsschutzmanagementsystem (z.B. AMS, BMS oder SCC)?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Datum

Bevollmächtigter

--