| **Unfallhergang** |
| --- |
| **Unfallort:**  |       |
| **Unfalldatum:** |       | **Uhrzeit:** |       |
| **Protokollführer:** |       |
| **Zeugen:** |       |
| **Unfallbeteiligte:** |       |
| **Sachschäden:** |       |
| **Arbeitsmittel:** |       |
| **Arbeitsumgebung:** |       |
| **Beschreibung:** |       |
| **Unfall** | [ ]  |
| **Beinaheunfall** | [ ]  |

| **Daten zur Verunfallten Person** |
| --- |
| **Verunfallte Person:** |       |
| **Beruf:** |       |
| **Beschäftigt als:** |       |
| **Erfahrung:** | gering | [ ]  | ausreichend | [ ]  | langjährig | [ ]  |
| **Verletzungen:** |       |

|  |
| --- |
| **Ermittlung des Unfallherganges und der Ursachen** |
| **Arbeitsmittel** | Wurden diese bestimmungsgemäß verwendet? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| War dieses für die Aufgabe geeignet? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| Gab es technische Probleme? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| Gab es Schutz­/Signal­/Warneinrichtungen? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| Waren andere Arbeitsmittel oder Stoffe am Unfall (mit-)beteiligt? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| Kam persönliche Schutzausrüstung zum Einsatz? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| **Arbeitsumgebung** | Gab es Lärm? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| War die Beleuchtung ausreichend?  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| War der Untergrund sicher? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| Gab es klimatische Einflüsse? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| Lag Unordnung vor? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| Spielten Arbeitsraum, Gelände, Fußböden, Treppen, etc. eine Rolle?  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| **Arbeitsorganisation** | War die Person ausreichend qualifiziert? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| Wurde die Person unterwiesen? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| Lief die Tätigkeit ab wie vorgesehen? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| Gab es besondere Vorkommnisse? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| Waren die Anweisungen verständlich? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |
| War der Unfall vorhersehbar? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Beschreibung: |       |

| **Ursachenermittlung** |
| --- |
| **Unfallursache:** |       |

| **Maßnahmen** |
| --- |
| **Lfd. Nr.** | **Beschreibung** | **Verantwortlicher** | **Umsetzung bis** | **Überprüfung bis** |
| **1** |       |       |       |       |
| **2** |       |       |       |       |
| **3** |       |       |       |       |
| **4** |       |       |       |       |
| **5** |       |       |       |       |

**Quelle:** In Anlehnung an BGN, Checkliste zur Ermittlung von Unfallursachen

|  |
| --- |
| **Bemerkung:**       |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift Protokollführer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift Unfallopfer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift Zeugen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift Zeugen