| **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