

**Munkabaleseti nyilvántartás és eseményvizsgálati jegyzőkönyv**

**I. Munkahely megnevezése:** .....  
részleg, osztály: ..... tel.szám: .....  
címe ( irányítószám ): .....  
Munkahely összlétszáma: .....

**II. Sérült személyi adatai:**

- Név: ..... tel.szám: .....
- Születési (leánykori) név: .....
- Anyja neve: .....
- Születési hely: .....
- Születési idő (év, hó, nap): .....
- Állampolgársága: .....
- TAJ száma: .....
- Állandó lakhelye (irányítószám): .....
- Munkaköre: .....
- Foglalkoztatási viszonya:      1. határozatlan időre                      2. határozott időre
- A munkaidő mértéke:              1. teljes munkaidő                      2. részmunkaidő
- Hallgató esetén kar és évfolyam megnevezése: .....

**III. A sérülés körülményei:**

- Sérülés időpontja: 20..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc
- A munkaidő kezdete, és vége: .....
- Sérülés helyszíne: .....
- A baleset előzményei és részletes leírása (hol és milyen tevékenységet végzett a dolgozó a sérülés idején, hogyan következett be a sérülés):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
- Sérült testrész: .....
- Sérülés jellege: .....

<sup>71</sup> Módosította a K./33/2017. (IX. 29.) számú kancellári határozat. Hatályba lépés napja: 2017. X. 03.

- A sérült folytatta-e a munkát?                    1./ IGEN                    2./ NEM
- A sérült betegállományba került?                1./ IGEN                    2./ NEM
- A sérült által használt egyéni védőeszköz: .....
- .....
- Utolsó munkavédelmi oktatás időpontja: .....
- Utolsó orvosi alkalmassági vizsgálat időpontja: .....
- A sérült ellátására tett intézkedés: .....
- .....
- A sérülés jellegéből adódóan a SE-HYG-MU-05 (Teendő szúrásos-vágásos sérülések esetén) alapján a szükséges intézkedések megtörténtek:                    1./ IGEN                    2./ NEM SZÜKSÉGES
- Hasonló balesetek elkerülésére tett intézkedés: .....
- .....

**IV. Tanuk:**

1./ név: .....                    2./ név: .....  
munkakör: .....                    munkakör: .....  
aláírás: .....                    aláírás: .....

**V. Munkavédelmi képviselő (érdekképviselő) van-e választva, részt vett-e az eset vizsgálatában és az észrevétele, véleménye:**

.....

**VI. A balesetet a Biztonságtechnikai Igazgatóságnak jelentette:**

név: .....  
munkakör: .....  
aláírás: .....

Budapest, 20..... év ..... hó ..... nap

.....                    .....  
sérült                    sérült közvetlen vezetője  
(akadályoztatás esetén nem szükséges)

**Figyelem:** Nyilvántartásba kell venni, és jelenteni kell minden munkabalesetet akkor is, ha a sérült nem megy betegállományba! Az eseményvizsgálati jegyzőkönyvet haladéktalanul meg kell küldeni a Biztonságtechnikai Igazgatóságra elektronikus formában a [munkabaleset@semmelweis-univ.hu](mailto:munkabaleset@semmelweis-univ.hu) e-mail címen, amennyiben ez nem lehetséges, úgy a **210-2825** fax-számon. A táppénzes állománnyal járó sérülést, az eseményt követően haladéktalanul jelenteni kell a Biztonságtechnikai Igazgatóságra a **313-7961** telefonszámon, illetve az Egyetem munkavédelmi vezetőjének a **06(20)825-9959** telefonszámon.

14. melléklet<sup>72</sup>

<sup>72</sup> Módosította a K./33/2017. (IX. 29.) számú kancellári határozat. Hatályba lépés napja: 2017. X. 03.