

Sorszám:...../.....

**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: .....

- 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. Szemtanuk:

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

#### V. Munkavédelmi képviselő (érdekképviseleti) 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  
(akadályoztatás esetén nem szükséges)

.....  
sérült közvetlen vezetője  
(olvasható név és aláírás- e nélkül érvénytelen)

**Figyelem:** Nyilvántartásba kell venni, és jelenteni kell minden balesetet munkaidő kieséssel nem járó sérülését, az olyan esetet mely egészségkárosodást eredményez vagy eredményezhet és az úgynevezett kvázi balesetet, 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.