

Munkabaleseti jegyzőkönyv

A kitölthető PDF űrlap fejlesztése folyamatban.
 Annak érdekében, hogy a bejelentő a legtöbb segítséget kapja (súgó, háttérablak, stb.) kérjük, kísérje figyelemmel a honlapon a legújabb verziókat.
 Jelenlegi verzió: 2017.1
 Ez az üzenet nem jelenik meg nyomtatáskor!

5 évig irattárban megőrzendő!

Nyilvántartási szám: 20 év sorszám

MUNKABALESETI JEGYZŐKÖNYV

(Az 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet 4/a. melléklete alapján)

Számítógéppel, írógéppel vagy nyomtatott betűvel töltendő ki!

Területi kód: Adatszolgáltatás jellege:*

(A) A munkáltató adatai:

1. Neve:	<input type="text"/>		
2. Címe:	<input type="text"/>		
3. Telefonszáma:	<input type="text"/> / <input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
4. E-mail címe:	<input type="text"/>		
5. Adószáma:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Adóazonosító jele:	<input type="text"/>
6. Gazdálkodási forma:	<input type="text"/>		
7. Fő tevékenysége (TEÁOR '08):	<input type="text"/>	8. Helyi egység fő tevékenysége (TEÁOR '08):	<input type="text"/>
9. Összlétszám kategória:	<input type="text"/>	10. Helyi egység létszám kategória:	<input type="text"/>

(B) A sérült (munkavállaló) adatai:

1. Neve:	<input type="text"/>			2. TAJ száma:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
3. Születési neve:	<input type="text"/>			4. Anyja neve:	<input type="text"/>
5. Születési helye:	<input type="text"/>			6. Születési ideje:	<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap
7. Neme:	<input type="text"/>	8. Állampolgársága:	<input type="text"/>		
9. Lakcíme:	<input type="text"/>	Település	<input type="text"/>	(út/utca)	<input type="text"/> hrsz
	<input type="text"/> ép. <input type="text"/> lh. <input type="text"/> em. <input type="text"/> ajtó				
11. Foglalkozása (FEOR):	<input type="text"/>			12. Foglalkoztatási jogviszonya:	<input type="text"/>
13. Foglalkoztatás jellege:	<input type="text"/>				

(C) A munkabaleset adatai:

1. Dátuma: 20 <input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	2. Időpontja (óra: 24 órás időszámítás):	<input type="text"/>
3. Sérülés a munkavégzés hányadik órájában:	<input type="text"/>	
4. A sérülés típusa:	<input type="text"/>	
5. A sérült testrész:	<input type="text"/>	
6. A munkavégzés helye:	<input type="text"/>	7. A baleset földrajzi helye:
8. A sérülés súlyossága:	<input type="text"/>	9. A munkaképtelenség időtartama:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(D) A munkabaleset részletes leírása:

(A baleset leírása külön lapon folytatható!)

* (1) új / (2) tartalom módosító / (3) törlés a nyilvántartásból / (4) munkaképtelen napok számát közlő

(E) A munkabalesettel kapcsolatos egyéb információk:

1. Munkahelyi környezet:	
2. Munkafolyamat:	
3. Sérült konkrét fizikai tevékenysége:	
3.1. A konkrét fizikai tevékenység anyagi (tárgyi) tényezője:	
4. Balesetet kiváltó különleges esemény:	
4.1. A különleges esemény anyagi (tárgyi) tényezője:	
5. A sérülést okozó érintkezés, a sérülés módja:	
5.1. A sérülést okozó érintkezés anyagi (tárgyi) tényezője:	
6. Személyi tényező(k):	S M
7. A biztonsági- és jelzőberendezések, egyéni védőeszközök, egyéb védelmi megoldások alkalmassága:	
Védőburkolat	7.1. <input type="checkbox"/>
Védőberendezés	7.2. <input type="checkbox"/>
Jelzőberendezés	7.3. <input type="checkbox"/>
Egyéni védőeszköz	7.4. <input type="checkbox"/>
Egyéb védelmi megoldás	7.5. <input type="checkbox"/>

(F) A balesethez vezető ok / okok:

--

(G) Munkáltatói intézkedés(ek) a hasonló balesetek megelőzésére:

--

(H) Mellékletek, megjegyzések:

--

(I) A kivizsgálást végzők adatai, hitelesítések:

1. Munkavédelmi képviselő:	A kivizsgálással: (1) Egyetért / (2) Nem ért egyet / (3) Nem vett részt / (4) Nincs képviselő		
Név: <input type="text"/>	Dátum: <input type="text"/>	Aláírás:.....	
2. A baleset kivizsgálását végezte:			
Név: <input type="text"/>	Dátum: <input type="text"/>	Aláírás:.....	
Mv. képzettséget igazoló irat száma: <input type="text"/>			
3. Résztevő foglalkozás-egészségügyi orvos:			
Név: <input type="text"/>	Dátum: <input type="text"/>	Aláírás:.....	
Orvos pecsét száma: <input type="text"/>			
4. Munkáltató képviselője:			
Név: <input type="text"/>	Beosztás: <input type="text"/>	Dátum: <input type="text"/>	Aláírás:.....

(J) A jegyzőkönyvet ellenőrző munkavédelmi hatóság:

Megjegyzés:			
Név: <input type="text"/>	Ig. szám: <input type="text"/>	Dátum: <input type="text"/>	Aláírás:.....