

Anmälan skickas till:
Elsäkerhetsverket
Box 4, 681 21 Kristinehamn

ANMÄLAN AV ELOLYCKA/TILLBUD ORSAKAD AV ELEKTRISK STRÖM

ALLMÄNNA UPPGIFTER

.....
Datum för händelsen Klockslag Kommun Dnr

Beskriv händelseförloppet så utförligt som möjligt:

.....
.....
.....
.....

När inträffade händelsen? På fritiden Under arbetstid

Arbetsgivare/Egna företaget

.....
Namn (arbetsgivaren/egna företaget) Telefon

.....
Adress Postadress

Anläggningsinnehavare om annan än Arbetsgivare/Egna företaget

.....
Namn Telefon

.....
Adress Postadress

Uppgiftslämnare

.....
Namn Telefon

.....
Adress Postadress

PÅFÖLJD AV HÄNDELSEN

Frånvaro från arbetet: Ingen frånvaro Frånvaro, antal dagar Dödsfall

.....
Skador eller obehag som händelsen medfört.

Ingen personskada eller obehag.

Har händelsen medfört någon vårdinsats? Nej Sjukhus Läkare/vårdcentral

.....
Om vårdinstas, vad kontrollerades/undersöktes?

PERSONUPPGIFTER

Kvinna Man Alder (år)

.....
Den skadades yrke

UPPGIFTER OM OLYCKSPLATSEN

.....
Vad var personen sysselsatt med då händelsen inträffade? (Specificera arbetsuppgift, arbetsmoment)

.....
Var inträffade händelsen? Preciserarum/plats (t ex spår område, kök, driftrum).

.....
Verksamhet eller bransch där händelsen inträffade (t ex bostad, industri, byggverksamhet).

I vilken miljö inträffade händelsen? Inomhus Utomhus

ÖVRIGA UPPGIFTER

.....
Vilken maskin, apparat, verktyg, anläggningsdel etc användes vid händelsen?

.....
Vilken tillverkare/fabrikat har maskinen, apparaten, verktyget, anläggningsdelen etc?

.....
Uppskattad ålder på maskinen, apparaten, verktyget, anläggningsdelen etc?

Spänning:Volt

Strömart: Växelström Likström Vet ej