

OBS! Ett ex. behålls av arbetsgivaren,  
ett ex. överlämnas till skyddsombudet,  
ett ex. återsänds till försäkringskassan.

# ANMÄLAN - arbetsskada

Ifylls ej

## 0 Tidpunkt då skadan inträffade/visade sig

Datum för anmälan

1 Ao  2 Fo  3 As

Veckodag	år	mån	dag	klockslag
----------	----	-----	-----	-----------

.....

## 1 Den skadade

1.1 Efternamn och tilltalsnamn		1.2 personnummer (år, mån, dag, nr)	
1.3 Utdelningsadress (gata, box, fack e.d.)		1.4 postnummer	postort
1.5 telefonnummer – även riktnr			
1.6 Arbetslöshetskassa	1.7 Yrke	1.8 Antal år i yrket	1.9 Anställd i företaget sedan (år, mån)
1.10 Den skadades yrkesställning			
<input type="checkbox"/> Arbetstagare i privat anställning, landsting, kommun	Arbetstagare i statlig myndighet: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Affärsdrivande verk	<input type="checkbox"/> Anslagsmyndighet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Egen företagare	<input type="checkbox"/> Uppdragstagare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Studerande

## 2 Arbetsgivare/Egen företagare och arbetsställe

2.1 Arbetsgivare/Egna företagarens namn		organisationsnr (10 siffror) – se anv.	
2.2 Utdelningsadress (gata, box, fack e.d.)		postnummer	postort
2.3 Arbetsställets namn (fylls i om företaget har flera arbetsställen – se anvisningar) – ange även ev. avdelnings namn och beteckning		telefonnummer – även riktnr	
2.4 Besöksadress (gata, fastighetsbeteckning e.d. och ort)		telefonnummer – även riktnr	
2.5 Län (om 2.3 fyllts i ange arbetsställets – annars arbetsgivarens)		kommun	verksamhet
2.6 Företagshälsövärd		2.7 Ytterligare upplysningar om arbetsskadan kan lämnas av (vid tandskada; tandläkarens namn, adress)	
<input type="checkbox"/> 1 Teknisk del	<input type="checkbox"/> 2 Medicinsk del	<input type="checkbox"/> 3 Psyko-social del	<input type="checkbox"/> 4 Finns ej

## 3 Arbetssituation

3.1 Hade den skadade utbildning för det arbete vid vilket han/hon skadades?		3.2 Var den skadade informerad om riskerna i den aktuella situationen?	
<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 3 Ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> 1 Ja
<input type="checkbox"/> 2 Nej	<input type="checkbox"/> 3 Ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej
3.3 Den skadades erfarenhet och vana vid det aktuella arbetet			
<input type="checkbox"/> 1 Mindre än en dag	<input type="checkbox"/> 2 Mer än en dag, t.o.m. en vecka	<input type="checkbox"/> 3 Mer än en vecka, t.o.m. tre månader	<input type="checkbox"/> 4 Mer än tre månader, t.o.m. ett år
<input type="checkbox"/> 5 Mer än ett år			
3.4 Ordinarie arbetstidens början och slut		3.5 Arbetstidens förläggning	
<input type="checkbox"/> 1 Dagtidsarbete	<input type="checkbox"/> 2 Skiftarbete	<input type="checkbox"/> 3 Oregelbunden arbetstid, turisttid	<input type="checkbox"/> 4 Övrigt arbete
3.6 Löneform		3.7 För egen företagare: Skedde skadan i arbetet	
<input type="checkbox"/> 1 Fast lön	<input type="checkbox"/> 2 Rent ackord	<input type="checkbox"/> 3 Annan löneform	<input type="checkbox"/> 1 Ja
<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej		

## 4 Skadans omfattning

4.1 Skadade kroppsdelar. Om flera kroppsdelar förkryssats, skall huvudsaklig skadad kroppsdel strykas under							
<input type="checkbox"/> 01 Huvud (ej ansikte)	<input type="checkbox"/> 02 Ansikte	<input type="checkbox"/> 03 Hals, nacke	<input type="checkbox"/> 04 Rygg (ej nacke)	<input type="checkbox"/> 05 Bröst	<input type="checkbox"/> 06 Buk och bäcken	<input type="checkbox"/> 07 Hela kroppen eller större delar därav	
Vänster							
<input type="checkbox"/> 11 Öga	<input type="checkbox"/> 12 Finger	<input type="checkbox"/> 13 Hand, handled	<input type="checkbox"/> 14 Axel, arm	<input type="checkbox"/> 16 Tå	<input type="checkbox"/> 16 Fot, fotled	<input type="checkbox"/> 17 Höftled, ben, knä	
Höger							
<input type="checkbox"/> 21 Öga	<input type="checkbox"/> 22 Finger	<input type="checkbox"/> 23 Hand, handled	<input type="checkbox"/> 24 Axel, arm	<input type="checkbox"/> 26 Tå	<input type="checkbox"/> 26 Fot, fotled	<input type="checkbox"/> 27 Höftled, ben, knä	
4.2 Personskadans art och beskaffenhet vid olycksfall. Om flera skador förkryssats, skall huvudsaklig skada strykas under							
<input type="checkbox"/> 01 Skelettskada	<input type="checkbox"/> 02 Stukning, vrickning, sträckning	<input type="checkbox"/> 03 Hjärnskada, inkl. hjärnskakning	<input type="checkbox"/> 04 Skada på inre organ i buk, bröst och bäcken				
<input type="checkbox"/> 05 Sårskada (ej skelettskada) (även "blodförgiftning")	<input type="checkbox"/> 06 Tandskada	<input type="checkbox"/> 07 Förlust av kroppsdel	<input type="checkbox"/> 08 Kross-, kläm- eller annan mjukdelsskada				
<input type="checkbox"/> 09 Brännskada	<input type="checkbox"/> 10 Akut förgiftning, påverkan av ämne	<input type="checkbox"/> 11 Frätskada	<input type="checkbox"/> 12 Annat				
4.3 Sjukdom eller annan skada							
<input type="checkbox"/> 1 Eksem	<input type="checkbox"/> 2 Allergi (snuva, astmä e.d., ej eksem)	<input type="checkbox"/> 3 Hörsel-nedsättn.	<input type="checkbox"/> 4 Förgiftning eller påverkan av ämne	<input type="checkbox"/> 5 Cancer	<input type="checkbox"/> 6 Annat		
4.4 Personskadans följd							
<input type="checkbox"/> 1 Ingen sjukfrånvaro	<input type="checkbox"/> 2 Troligen 1–7 dagars sjukfrånvaro	<input type="checkbox"/> 3 Troligen längre sjukfrånvaro	<input type="checkbox"/> 4 Dödsfall	datum (år, mån, dag)		Antal dagar med sjuklön	

## Försäkringskassans anteckningar/beslut

Personnummer		4.5 Antal dagar med sjukpenning under pågående sjukfall				
		hel	tre fjärdedels	halv	en fjärdedels	sjuklön
4.6 Diagnos enligt läkarintyg/-utlåtande						
4.7 Skadan har underställts provn. som arbetsskada och blivit		Försäkringskassans stämpel			FK nr, ankomstdatum	
<input type="checkbox"/> 1 Godkänd	<input type="checkbox"/> 2 Ej godkänd					
4.8 Ekonomisk invaliditet föreligger		4.9 datum (år, mån, dag)				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Dödsfall					

Uppgifterna som lämnas på blanketten  
dataregistreras.

## 5 Skadeförlopp

5.1 Typ av plats där skadan inträffade (t.ex. laboratorium, skogsmark, lastkaj)

5.2 Skadan inträffade

1 inomhus  2 utomhus

5.3 Detta var

1 ordinarie arbetsplats  2 tillfällig arbetsplats  3 annan plats

5.4 Den skadades sysselsättning vid skadetillfället

Detta var

1 ordinarie sysselsättning  2 tillfällig sysselsättning  3 förflyttning i och för arbetet  
 4 uppehåll i arbetet  5 färd till arbetet  6 färd från arbetet

5.5 Ensamarbete?

1 Ja  2 Nej

5.6 Maskin/Materiel etc som inverkat på händelseförloppet. Förkryssa i förekommande fall mer än en ruta

Handhållen maskin, verktyg eller redskap  Lyft el. transportanordning, gräv-  
schaktmaskin, fordon, fartyg e.d.  Annan maskin  
 Maskindel, tekniskt hjälpmedel i övrigt  Elektrisk utrustning  Behållare, tryckkärl, pump,  
panna, ugn, fläkt, rörledning e.d.  Byggnadsdel, fast eller lös in-  
redning, ställning, stege e.d.  
 Materiel, gods, emballage  Kemiska ämnen, fysikaliska el.  
biologiska faktorer e.d.  Övrigt

5.7 Ange slag av maskiner, fordon, materiel, ämnen (produktnamn) etc som inverkat på händelseförloppet. Ange även **fabrikat** och **typbeteckning**, t.ex. planslipmaskin Berg P 371, traktor TELLUS Y 76512. Besvara även när **Övrigt** förkryssats

5.8 Fungerade maskinen/materielen etc som avsett?

1 Ja  2 Nej

5.9 Beskriv **händelseförloppet** (komplettera gärna med förtydligande skiss, foto e.d.). Ange också troliga **orsaker**. Vid arbetssjukdom, ange misstänkta orsaker till sjukdomen.

5.10 Personskador som uppstod

5.11 Antal skadade

5.12 Faktorer som kan ha medverkat till arbetsskadan

1 Arbetets/Arbetsplatsens tekniska utformning  2 Arbetets/Arbetsplatsens organisatoriska utformning  3 Arbetetsmetoden  
 4 Övervakning/Tillsyn  5 Skyddsanordning på maskin  6 Personlig skyddsutrustning  
 7 Brister i arbetsinstruktioner (Ange om det finns behov av instruktioner på annat språk än svenska, i så fall vilket)

För varje förkryssad faktor, ange på vilket sätt den medverkat. Ange även slag av personlig skyddsutrustning.

## 6 Åtgärder för att förhindra att skadan upprepas m.m.

6.1 Omedelbar åtgärd

6.2 Åtgärder som på längre sikt kan vidtas av

arbetsgivaren/arbetsledningen

.....  
arbetstagaren

.....  
annan, t.ex. leverantören

6.3 Har skyddsombudet deltagit i utredningen? | varför inte?

Ja  Nej

### Underskrift

Arbetsgivarens (arbetsföreståndarens)/Egna företagarens underskrift

Namnförtydligande

### Härav har jag tagit del (se upplysningarna)

Skyddsombudets namnteckning

Den skadades namnteckning (eventuellt)

IFYLLES AV DEN SKADADE (Ta gärna hjälp av skyddsombud eller förman om så behövs).

Vid **ARBETSSJUKDOM**.

Beskriv så utförligt som möjligt de arbetsuppgifter Du anser har orsakat Dina besvär.

Ange t ex hur ofta tunga lyft förekommit och hur tunga de var eller hur ofta andra arbetsmoment utförts som Du tror är orsak till besvären.

Uppge när Du första gången blev sjukskriven eller sökte läkare på grund av dessa besvär.

Du kan också lämna övriga uppgifter som Du anser är viktiga för bedömning av Din arbetsskada.

Vid **OLYCKSFALL**. Beskriv händelseförloppet.

