

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"/>					Mobil:	<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"/>				
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Település	<input type="text"/>		(út/utca)	<input type="text"/>	hsz
	<input type="text"/> ép.	<input type="text"/> lh.	<input type="text"/> em.	<input type="text"/> ajtó						
10. Telefonszáma:	<input type="text"/>				12. Foglalkoztatási jogviszonya:	<input type="text"/>				
11. Foglalkozása (FEOR):	<input type="text"/>									
13. Foglalkoztatás jellege:	<input type="text"/>									

(C) A munkabaleset adatai:

1. Dátuma: 20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <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:	<input type="text"/>		
8. A sérülés súlyossága:	<input type="text"/>	9. A munkaképtelenség időtartama:	<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 alkalmazása:									
Védőburkolat	7.1.	Védőberendezés	7.2.	Jelzőberendezés	7.3.	Egyéni védőeszköz	7.4.	Egyéb védelmi megoldás	7.5.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<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: <input type="checkbox"/>	<i>A kivizsgálással: (1) Egyetért / (2) Nem ért egyet / (3) Nem vett részt / (4) Nincs képviselő</i>		
Név:	Dátum:	Aláírás:.....	
2. A baleset kivizsgálását végezte:			
Név:	Dátum:	Aláírás:.....	
Mv. képzettséget igazoló irat száma:			
3. Résztvevő foglalkozás-egészségügyi orvos:			
Név:	Dátum:	Aláírás:.....	
Orvos pecsét száma:			
4. Munkáltató képviselője:			
Név:	Beosztás:	Dátum:	Aláírás:.....

(J) A jegyzőkönyvet ellenőrző munkavédelmi hatóság:

Megjegyzés:			
Név:	Ig. szám:	Dátum:	Aláírás:.....