



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

**Rehabiliteringssamordnare Emil Grbic**

Box 100

405 30 Göteborg

**Kopia till**

Lokal arbetsmiljökommitté

Arbetsmiljöombud

Huvudarbetsmiljöombud

## Rapportering av tillbud

	När inträffade tillbudet?		
<b>1</b>	Datum	Klockslag	
	Typ av tillbud?		
<b>2</b>	Fysisk	Psykosocial	Kränkande särbehandling
<b>3</b>	Var skedde tillbudet? (Vid vanlig arbetsplats, vid tillfällig arbetsplats, till och från arbetsplatsen, annat?)		
<b>4</b>	Uppgifter om arbetsplatsen (Institution avdelning rums nummer)		
<b>5</b>	I vilken arbetssituation		
<b>6</b>	Ingick arbetssituationen i de vanliga arbetsuppgifterna (ej arbetsuppgift svara ej)		
	Ja	Nej	
<b>7</b>	Vana vid arbetssituationen		
	Stor	Liten	Normal      Ingen
<b>8</b>	Hur inträffade tillbudet/skadan? (Beskriv tillbudet noggrant och ange vad som orsakade tillbudet)		

<b>9</b>	Var skyddsanordningen i funktion	Ja	Nej	Ej relevant
<b>10</b>	Användes personlig skyddsutrustning	Ja	Nej	Ej relevant
<b>11</b>	Om nej, ange varför?			
<b>12</b>	Vad kunde följden blivit av tillbudet (Allvarligt olycksfall, skadad kroppsdel, typ av skada)			
<b>13</b>	Har något liknande inträffat tidigare	Ja	Nej	
<b>14</b>	Om ja beskriv			
<b>15</b>	Har någon varit med om något liknande	Ja	Nej	
<b>16</b>	Om ja beskriv			
<b>17</b>	Vad kan göras för att inte tillbudet ska inträffa igen?			
<b>18</b>	Vad behöver göras direkt?			
<b>19</b>	Vem ansvarar för att det blir gjort?			

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namn

\_\_\_\_\_  
Underskrift prefekt/motsvarande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande