

5 évig irattárban megőrzendő!

Nyilvántartási szám: 20

MUNKABALESETI JEGYZŐKÖNYV

(Az 5/1993. (XII. 26.) MűM 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"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			8. Helyi egység fő tevékenysége (TEÁOR '08):	<input type="text"/>					
9. Összlétszám kategória:	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<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"/>		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					
11. Foglalkozása (FEOR):	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			12. Foglalkoztatási jogviszonya:	<input type="text"/>		
13. Foglalkoztatás jellege:	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<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"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<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 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:

	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

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

	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

(H) Mellékletek, megjegyzések:

	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

(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:.....