**BEISPIELVORLAGE FÜR RICHTLINIE **

**ZUR UNFALLMELDUNG IN UNTERNEHMEN**

RICHTLINIE FÜR DIE MELDUNG VON MITARBEITERUNFÄLLEN/-VERLETZUNGEN

NAME DER ORGANISATION

00.00.0000

Adresse

Telefonnummer Kontakt

Web-Adresse

E-Mail-Adresse

VERSION 0.0.0

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VORBEREITET VON** |  | **TITEL** |  | **DATUM** |  |
| **GENEHMIGT VON** |  | **TITEL** |  | **DATUM** |  |

Inhaltsverzeichnis

[1. ZWECK 3](#_Toc142326714)

[2. UMFANG 3](#_Toc142326715)

[3. RICHTLINIENELEMENTE 3](#_Toc142326716)

[4. VERSICHERUNGSSCHUTZ 4](#_Toc142326717)

[5. SOFORTHILFE 4](#_Toc142326718)

[A. KLEINERE VERLETZUNGEN 4](#_Toc142326719)

[B. MEDIZINISCHE SOFORTHILFE 4](#_Toc142326720)

[6. VERFAHREN ZUR MELDUNG EINES UNFALLS 5](#_Toc142326721)

[7. BERICHTSFORMULARPROZESS 5](#_Toc142326722)

# ZWECK

|  |
| --- |
| Beschreiben Sie kurz den Zweck dieses Dokuments. |

# UMFANG

|  |
| --- |
| Nennen Sie die Personen, die von dieser Berichtsrichtlinie betroffen sind. |

# RICHTLINIENELEMENTE

|  |
| --- |
| Definieren Sie die Arten von Unfällen oder Vorfällen, die gemeldet werden müssen. |

# VERSICHERUNGSSCHUTZ

|  |
| --- |
| Definieren Sie den Versicherungsschutz des Unternehmens, insbesondere den Versicherungsschutz für einen Mitarbeiter. Erwähnen Sie, dass es Auswirkungen haben wird, wenn ein Mitarbeiter einen Unfall nicht meldet. |

# SOFORTHILFE

## KLEINERE VERLETZUNGEN

|  |
| --- |
| An folgenden Stellen finden Sie Verbandskästen für kleinere Verletzungen: |

**HINWEIS: Berühren Sie niemals das Blut oder andere Körperflüssigkeiten einer anderen Person.**

Rufen Sie [NAME DER ENTSPRECHENDEN ABTEILUNG] unter [TELEFONNUMMER] an, um Hilfe zu erhalten.

## MEDIZINISCHE SOFORTHILFE

|  |
| --- |
|  |

# VERFAHREN ZUR MELDUNG EINES UNFALLS

|  |
| --- |
| Sie sollten die folgenden Schritte befolgen, wenn ein Mitarbeiter verletzt wird:1. Wenn ein Mitarbeiter Zeuge eines Vorfalls ist oder daran beteiligt ist, muss er ihn innerhalb von [ZEITRAUM] nach dem Vorfall [ZU BENACHRICHTIGENDE MITARBEITER ODER BEHÖRDEN] über [ART DER KOMMUNIKATION] den Vorfall melden. 2. Listen Sie die verbleibenden Schritte im Berichtsprozess Ihres Unternehmens auf. 3. 4. 5.  |

# BERICHTSFORMULARPROZESS

|  |
| --- |
| Alle arbeitsbedingten Unfälle, die zu einer Verletzung, einer Krankheit oder einem Beinahe-Unfall führen – unabhängig vom Schweregrad – werden von [ABTEILUNG] dokumentiert und untersucht. Weitere Ermittlungen können von anderen Behörden durchgeführt werden, z. B. der lokalen Polizei, der Behörde für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit usw.1. Die [ABTEILUNG] erstellt einen ersten Bericht über alle Arbeitsunfälle und -verletzungen.2. Kopien der Unfallberichte der Mitarbeiter werden unter [SPEICHERORT] gespeichert. Mitarbeiter, die Berichtskopien anfordern, wenden sich bitte an [ANSPRECHPARTNER].3. Listen Sie die verbleibenden Schritte des Berichtsformularprozesses auf.4. 5.  |

|  |
| --- |
| **HAFTUNGSAUSSCHLUSS**Alle von Smartsheet auf der Website aufgeführten Artikel, Vorlagen oder Informationen dienen lediglich als Referenz. Wir versuchen, die Informationen stets zu aktualisieren und zu korrigieren. Wir geben jedoch, weder ausdrücklich noch stillschweigend, keine Zusicherungen oder Garantien jeglicher Art über die Vollständigkeit, Genauigkeit, Zuverlässigkeit, Eignung oder Verfügbarkeit in Bezug auf die Website oder die auf der Website enthaltenen Informationen, Artikel, Vorlagen oder zugehörigen Grafiken. Jegliches Vertrauen, das Sie in solche Informationen setzen, ist aus eigener Verantwortung. |