

## Checkliste Arbeitssicherheit: Beinah-/ Unfall

### Welches Körperteil wurde verletzt?

- |                                  |                                 |                               |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf    | <input type="checkbox"/> Arme   | <input type="checkbox"/> Auge |
| <input type="checkbox"/> Torso   | <input type="checkbox"/> Hand   | <input type="checkbox"/> Bein |
| <input type="checkbox"/> Gelenke | <input type="checkbox"/> Finger | <input type="checkbox"/> Fuß  |

### Art der Verletzung?

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Prellung   | <input type="checkbox"/> Wunde<br>(Entzündung) |
| <input type="checkbox"/> Zerrung    | <input type="checkbox"/> Schnitt               |
| <input type="checkbox"/> Quetschung | <input type="checkbox"/> Bruch                 |

### Bei welcher Tätigkeit?

- |                                    |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bohren    | <input type="checkbox"/> Schneiden | <input type="checkbox"/> Reinigen  |
| <input type="checkbox"/> Schleifen | <input type="checkbox"/> Spanen    | <input type="checkbox"/> Hantieren |
| <input type="checkbox"/> Sägen     | <input type="checkbox"/> Schweißen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

### Einwirkung durch?

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Späne       | <input type="checkbox"/> Maschine |
| <input type="checkbox"/> Flüssigkeit | <input type="checkbox"/> Werkzeug |
| <input type="checkbox"/> Staub       | <input type="checkbox"/> Sontiges |

### Unfall

- Verbandsbuch
- D-Unfall (Durchgangsarzt) nicht meldepflichtig
- Arbeitsunfall ab 3. Tag meldepflichtig
- Wegeunfall

### Ausfallzeit

ja	nein	Tage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Hätte der Beinah-/ Unfall vermieden werden können?  ja  nein

### Verbesserungsvorschlag

### Mitarbeiter