

1 Name und Anschrift des Unternehmens (Stempel)

BEINAHE- UNFALLANZEIGE

2 Empfänger

Stabsstelle Arbeits-, Gesundheits-,
Tier und Umweltschutz
der Universität Würzburg
Beatrice-Edgell-Weg 1
(Hubland Nord)
97074 Würzburg

Das ausgefüllte Formular bitte an
unfallwesen@uni-wuerzburg.de
senden!

3 Name, Vorname des Versicherten		4 Geburtsdatum	
5 Straße, Hausnummer		6 PLZ, Ort	
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	8 Staatsangehörigkeit	9 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als	
10 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?		11 Zeitpunkt des Beinaheunfalles	Datum Uhrzeit
12 Ort des Geschehens (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)		13 In welchem Bereich ereignete sich der Vorfall (Labor, Werkstatt, Büro...)	
14 Ausführliche Schilderung des Vorfalles (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)			
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der/des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Person/en			
15 Ursache (z. B. Unachtsamkeit, fehlerhafte Arbeitsmittel oder Maschinen, fehlende Schutzeinrichtung...)			
16 Möglicher Vorschlag zur Unfallvermeidung (Präventivmaßnahme/n)			
17 Verletzte Körperteile		18 Art der Verletzung	
19 Beschädigte Sachgegenstände		20 Art der Beschädigung	
21 Wer hat von dem Beinaheunfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)		War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
22 Name des unmittelbaren Vorgesetzten / Verantwortlichen		Wann wurde diese Person über den Vorfall informiert	
24 Name des/der Sicherheitsbeauftragten (SiBe)		Unterschrift (Sicherheitsbeauftragte/r)	
Telefon (bei Rückfragen)			
25 Ort, Datum		Unterschrift (Versicherte/r)	