

Anmeldelse af ulykker m.v. i forbindelse med offshore olie- og gas- aktiviteter m.v. (Bekendtgørelse nr. 1196 af 9. oktober 2015 om registrering og anmeldelse af ulykker

m.v. i forbindelse med offshore olie- og gasaktiviteter m.v.)

1. **Tilskadekomne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn | | Personnummer (CPR-nr.) |
| Adresse | | Fødselsdato, hvis intet CPR-nr. |
| Postnr. | By | Land |
| Stilling | Ansættelsestidspunkt | Indtægt i året før ulykken |

1. **Tilskadekomnes arbejdsgiver på ulykkestidspunktet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Virksomhedens navn | | CVR-nr./P-nr. | |
| Adresse | Postnr. | By | Telefonnr. |
| Navn på anlæg eller fartøj, hvor ulykken skete | | | |
| Arbejdsgivers forsikringsselskab (besvares, når arbejdsgiver er anmelder) | | Policenr. | |

1. **Ulykkestid/sted**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| År | Måned | Dag | Time | Minut | Angiv så præcist som muligt, hvor på anlægget skaden skete | |
| Skiftet påbegyndt kl. | | | | Offshore erfaring/anciennitet | | Offshore-periodens startdato |

1. **Hændelsesforløb**

|  |  |
| --- | --- |
| Hvilket arbejde udførte tilskadekomne? | Hvilket redskab, maskine eller værktøj anvendte tilskade- komne? |
| Hændelsesforløb (Vedhæft gerne suppl. bilag) | |

1. **Hvordan skete skaden (skademåde)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I kontakt med elektricitet | Brand og eksplosioner | Andet, angiv her: |
| Stødt mod stationær genstand | Fald eller snublen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ramt af genstand i bevægelse | I kontakt med kemikalier |
| Akut overbelastning af lege- me/legemsdele | Udsat for stråling |
| Kontakt med skarp, spids eller ru gen- stand | Overtryk, dekompression |
| Druknet eller udsat for anden form for iltmangel | Klemt eller mast |

1. **Intern undersøgelse af ulykken**

Er der med baggrund i ulykken taget nogen øjeblikkelige foranstaltninger for at undgå lignende ulykke. Hvis Ja, hvilke? (Vedhæft gerne bilag)

1. **Oplysninger om skaden**

|  |  |
| --- | --- |
| **Skadens art (sæt kun ét kryds)** | **Skadet del af legemet (sæt kun ét kryds)** |
| Sår og overfladiske skader | Hoved |
| Knoglebrud | Hals, herunder halshvirvler |
| Ledskred (luksation), forstuvninger eller forstræk- ning | Ryg, herunder ryghvirvler |
| Hjernerystelse eller indre skader | Krop og organer |
| Forbrænding, skoldning eller forfrysning | Overkroppens lemmer |
| Forgiftning eller infektion | Underkroppens lemmer |
| Drukning eller kvælning | Hele legemet eller flere legemsdele |
| Skader som følge af lyd, vibrationer eller tryk | Anden skade, beskriv her: |
| Skader som følge af høje temperaturer, stråling eller lys |  |
| Chok |  |
| Ætsning |  |
| Tab af en eller flere legemsdele (traumatisk amputa- tion) |  |
| Hypotermi (lav legemstemperatur) |  |
| Andet (beskriv nedenfor) |  |

Beskriv skaden nærmere:

1. **Skadens følgevirkninger**

|  |  |
| --- | --- |
| Hvor længe forventes tilskadekomne at være uarbejdsdygtig? | |
| Uarbejdsdygtig mindre end 1 dag | Uarbejdsdygtig 5 uger-6 måneder |
| Uarbejdsdygtig 1-3 dage | Uarbejdsdygtig i over 6 måneder eller varigt. |
| Uarbejdsdygtig 4-14 dage | Død |
| Uarbejdsdygtig over 14 dage-5 uger | Angiv evt. faktisk antal dage med uarbejdsdygtighed: |

1. **Anmeldelse efter lov om arbejdsskadesikring**

|  |  |
| --- | --- |
| Anmeldes ulykken som arbejdsskadessag til arbejdsgivers forsikringssel- skab/Arbejdsmarkedets Erhvervssikring med henblik på vurdering efter lov om arbejdsska- desikring? | **Hvis ja**, sendes kopi til forsikringsselskabet. |
| Ja |
| Nej |

1. **Eventuelle vidner**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Adresse: |
| Navn: | Adresse: |

1. **Oplysninger om anmelder**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anmelder er: | Stempel, telefonnr. og evt. kontaktperson | Dato (dag, måned, år): |
| Arbejdsgiver |  |  |
| Læge/tandlæge |  |  |
| Tilskadekomne |  |  |
| Medic |  |  |
| Andet |  | Anmelders underskrift |