

(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 alkalmazása:									
Védőburkolat	7.1.	Védőberendezés	7.2.	Jelzőberendezés	7.3.	Egyéni védőeszköz	7.4.	Egyéb védelmi megoldás	7.5.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

(F) A balesethez vezető ok / okok:

--	--

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

--	--

(H) Mellékletek, megjegyzések:

--	--

(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:.....