

Åtgärder efter inträffad händelse: _____

Vilka åtgärder behövs för att tillbudet ej ska upprepas?

Rapporten skriven den _____ / _____ 20 _____

av _____
(Namn)

Ansvarig arbetsledare

Skyddsombud

Anmälan

Arbetsmiljöverket (enligt § 2 i Arbetsmiljöförordningen)

Polisen



Tillbudsrapport

Namn: _____ Personnummer: _____

Befattning: _____ År i yrket: _____

Utbildning: _____

Arbetsplats: _____

När inträffade tillbudet?

_____ dagen den _____ / _____ 20 _____ klockan _____

I vilken typ av verksamhet: _____

Ensamarbete: Ja Nej

Vad hände eller höll på att hända? Beskriv händelseförloppet:

Vad tror du orsakade tillbudet?

Fysisk/psykisk skada:
