

Läs bifogad hjälpinformation samtidigt som blanketten fylls i (FK 9238).

Datum för anmälan (helt årtal, månad, dag)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Den här blanketten är till för er som är arbetsgivare och ska anmäla en arbetsskada eller för er som ska anmäla en personskada som en person fått till exempel under sin värnplikt.

En arbetsskada är antingen ett olycksfall i arbetet eller på väg till eller från arbetet eller en sjukdom eller annan ohälsa som uppkommit när en av era anställda arbetat.

I stället för att använda den här blanketten kan ni anmäla på anmalarbetsskada.se. I det formuläret finns färdiga val och ni slipper posta den.

Om ni väljer att använda den här blanketten ska ni skicka in den till: Försäkringskassans inläsningscentral, LAF, 831 88 Östersund.

Den som har fått skadan kommer att få en skriftlig bekräftelse på att ni har kommit in med en anmälan.

Arbetsgivare ska enligt Arbetsmiljöverkets regler och föreskrifter utreda ohälsa och olycksfall.

Datum när olyckan inträffade eller då sjukdomen konstaterades

Vid sjukdom anges första frånvarodagen eller första läkarbesök med anledning av anmäld skada

Helt årtal Månad Dag

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Vem är den skadade?

1.1 Efternamn och tilltalsnamn		1.2 Personnummer (år, månad, dag, nr)	
1.3 Utdelningsadress		1.4 Telefonnummer (även riktnummer)	
1.5 Postnummer	1.6 Postort		
1.7 Anställningsform eller sysselsättning			
<input type="checkbox"/> 1. Fast anställd/Tillsvidare anställd		<input type="checkbox"/> 7. Statligt personskadeskydd: Totalförsvaret samt kriminalvården	
<input type="checkbox"/> 2. Tidsbegränsad anställning		Skyddstid fr.o.m. (helt årtal, månad, dag)	
<input type="checkbox"/> 3. Egen företagare/Familjemedlem		<input type="checkbox"/> 4. Ombordanställd	
<input type="checkbox"/> 4. Ombordanställd		Skyddstid t.o.m. (helt årtal, månad, dag)	
<input type="checkbox"/> 5. Arbetsmarknadspolitiskt program		<input type="checkbox"/> Annat, ange vad _____	
<input type="checkbox"/> 6. Studerande (ej praktikant med anställning)			
1.8 Yrke eller vid statligt personskadeskydd personkategori		1.9 Anställd i företaget (år, månad)	1.10 Antal år i yrket
1.11 Huvudsakliga arbetsuppgifter			

2. Arbetsgivare/Egen företagare eller motsvarande och arbetsställe eller fartyg

2.1 Arbetsgivare/Egna företagens namn		2.2 Organisationsnummer	
2.3 Arbetsställets namn fylls i om företaget/myndigheten har flera arbetsställen, även ev. avdelning. För fartyg anges namn och typ			
2.4 Utdelningsadress (gata, box e.d.)		2.5 Telefonnummer (även riktnr)	
2.6 Postnummer	2.7 Postort	2.8 Signal/reg.nr (ifylles för ombordanställda)	
2.9 Huvudsaklig verksamhet vid arbetsstället (se punkt 2.3)			
2.10 Arbetsställe där skadan inträffat om det är annat under punkt 2.1 eller 2.3		Telefonnummer (även riktnr)	
2.11 Arbetsgivare där skadan inträffat om det är annan än under punkt 2.1			

3. Vilken typ av arbetsskada eller personskada gäller anmälan?

1. **Olycksfall** → Gå till avsnitt 4
2. **Färdolycksfall** vid färd till eller från arbetsplatsen/vid in- eller utryckning vid statligt personskadeskydd → Gå till avsnitt 4
3. **Sjukdom** eller annan ohälsa (ej olycksfall) → Gå till avsnitt 5
4. **Fritidsskada** vid statligt personskadeskydd och fritidsskada som inträffat ombord för anställda på fartyg → Fylls i som vid olycksfall eller sjukdom. Gå till avsnitt 4 eller 5.

4. Hur gick olyckan till?

4.1 **Var inträffade olyckan?** Preciserar plats (t.ex. spårrområde, kök, lastkaj, enskilt hem, skjutbana, skogsmark, verkstad)

4.2 **Vad** var den skadade **sysselsatt** med då olyckan inträffade? (Specificera arbetsuppgift, arbetsmoment)

4.3 **Vad hände?** Beskriv olycksförloppet steg för steg

4.4 **Vad** sammanfattar olyckan i punkt 4.3 bäst? (Ange ett av alternativen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Elolycka, brand, explosion, sprängning | <input type="checkbox"/> 8. Skadad av person (fysiskt, även oavsiktligt) |
| <input type="checkbox"/> 2. Kontakt (även inandning) kemiskt ämne eller smittämne | <input type="checkbox"/> 9. Skadad av djur |
| <input type="checkbox"/> 3. Den skadade föll | <input type="checkbox"/> 10. Fysisk överbelastning (lyft eller ansträngande/häftig rörelse) |
| <input type="checkbox"/> 4. Den skadade slog eller stötte emot något (ej vid fall) | <input type="checkbox"/> 11. Psykisk överbelastning (hot, chock) |
| <input type="checkbox"/> 5. Skadad av maskin, maskindel eller föremål i rörelse (mekanisk rörelse) | <input type="checkbox"/> 12. Snedtramp, feltramp, "spik"-tramp (ej fall) |
| <input type="checkbox"/> 6. Skadad av fallande/flygande föremål (ej egen hantering) | <input type="checkbox"/> 13. Fordonsolycka eller påkörd |
| <input type="checkbox"/> 7. Skadad av hanterat föremål (egen hantering) | <input type="checkbox"/> Annat, ange vad _____ |

4.5 **Vilka** maskiner, redskap, apparater, kemikalier, smittämnen, skyddsutrustning e.d. var inblandade i olyckan?

4.6 **Varför** hände olyckan? Ange omständigheter som medverkade eller hade betydelse för händelsen (t.ex. lyfthjälpmiddel/utrustning ej till hands, felmanöver, missförstånd, skyddsutrustning saknades, för få personer för arbetsuppgiften, stark tidspress, instruktioner ej kända eller uppdaterade, bristfällig träning för uppgiften, ej kartlagd risk i förändrings-/ombyggnadsarbete.

5. Vad har orsakat sjukdomen/ohälsan?

5.1 Beskriv utförligt vilka arbetsförhållanden eller arbetsuppgifter som misstänks vara orsak till besvären, t.ex. hur ofta lyft förekommit och hur tunga de var. Vid psykosociala eller organisatoriska arbetsmiljöproblem beskrivs problemen. Den skadade kan själv fylla i händelseförloppet.

5.2 Specificera vilka faktorer som misstänks vara trolig orsak till besvären, såsom kemikalier, smittämnen, vad är tungt, maskiner, redskap, utrustning, inredning, psykosociala och organisatoriska faktorer ed.

5.3 Markera vad som bäst beskriver orsaken/ohälsan? (Ev. mer än ett alternativ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Ergonomiska faktorer (t.ex. ensidigt upprepat arbete, statisk belastning, knästående arbete) | <input type="checkbox"/> 4. Smitta (t.ex. bakterier, virus) |
| <input type="checkbox"/> 2. Kemiska/biologiska ämnen eller faktorer, exkl. smitta (t.ex. färg, lim, lösningsmedel, mögel, damm) | <input type="checkbox"/> 5. Psykosociala eller organisatoriska orsaker (t.ex. omorganisation hög arbetsbelastning, konflikt, mobbing, påfrestande klientkontakt). |
| <input type="checkbox"/> 3a. Buller | <input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken _____ |
| <input type="checkbox"/> 3b. Andra fysikaliska faktorer (t.ex. vibrationer, värme, strålning, drag) | _____ |

6. Beskriv personskadans omfattning. Fylls i för samtliga fall av arbetsskada eller personskada

6.1 Vilka skador eller besvär har olyckan/sjukdomen medfört? Vid olycka: t.ex. sår, frätskada, förlust av kroppsdel, psykisk reaktion. Vid sjukdom: t.ex. hudpåverkan, problem i luftvägarna, smärta, mår psykiskt dåligt.	
6.2 Ange den skadade kroppsdel eller där besvären huvudsakligen sitter. Om flera, ange den allvarligaste först.	
6.3 Trolig frånvaro	Vid dödsfall. Ange datum (helt årtal, mån, dag)
<input type="checkbox"/> Ingen frånvaro <input type="checkbox"/> 1-3 dagar <input type="checkbox"/> 4-14 dagar <input type="checkbox"/> Längre frånvaro <input type="checkbox"/> Dödsfall	<input type="text"/>

7. Ange åtgärder som förhindrar upprepande av skada

	Åtgärden genomförd	Åtgärden ej genomförd
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har skyddsombudet deltagit i utredningen?	Om nej, varför inte?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

8. Underskrift

Arbetsgivarens (arbetsföreståndarens)/Egna företagarens underskrift	Härav har jag tagit del
	Skyddsombudets namnteckning
Namnförtydligande	Den skadades namnteckning