Försäkringskassan

Anmälan
- arbetsskada
- personskada

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, 839 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 (Årtal, månad, dag, nr)

1.3 Utdelningsadress	1.4 Telefonnummer (även riktnummer)

1.5 Postnummer	1.6 Postort

1.7 Anställningsform eller sysselsättning

- ☐ 1. Fast anställd/Tillsvidare anställd
- ☐ 2. Tidsbegränsad anställning
- ☐ 3. Egen företagare/Familjemedlem
- ☐ 4. Ombordanställd
- ☐ 5. Arbetsmarknadspolitiskt program
- ☐ 6. Studerande (ej praktikant med anställning)
- ☐ 7. Statligt personskadeskydd: Totalförsvaret samt kriminalvården

Skyddstid fr.o.m. (helt årtal, månad, dag)

Skyddstid t.o.m. (helt årtal, månad, dag)

☐ Annat, ange vad _____

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 företagets 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

FK9210 (012 F 002) Fastställd av Försäkringskassan efter samråd med Arbetsmiljöverket 01.03 92100101

Fortsättning på nästa sida!

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?** Precisera plats (t.ex. spårområde, 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)

☐ 1. Elolycka, brand, explosion, sprängning

☐ 2. Kontakt (även inandning) kemiskt ämne eller smittämne

☐ 3. Den skadade föll

☐ 4. Den skadade slog eller stötte emot något (ej vid fall)

☐ 5. Skadad av maskin, maskindel eller föremål i rörelse (mekanisk rörelse)

☐ 6. Skadad av fallande/flygande föremål (ej egen hantering)

☐ 7. Skadad av hanterat föremål (egen hantering)

☐ 8. Skadad av person (fysiskt, även oavsiktligt)

☐ 9. Skadad av djur

☐ 10. Fysisk överbelastning (lyft eller ansträngande/häftig rörelse)

☐ 11. Psykisk överbelastning (hot, chock)

☐ 12. Snedtramp, feltramp, "spik"-tramp (ej fall)

☐ 13. Fordonsolycka eller påkörd

☐ Annat, ange vad _____

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

4.6 **Varför** hände olyckan? Ange omständigheter som medverkade eller hade betydelse för händelsen (t.ex. lyfthjälpmedel/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.

FK9210 (012 F 002) Fastställd av Försäkringskassan efter samråd med Arbetsmiljöverket 01.03 92100201

Fortsätt till sid 4!

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)

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

FK9210 (012 F 002) Fastställd av Försäkringskassan efter samråd med Arbetsmiljöverket 01.03 92100301

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 kroppsdelen eller där besvären huvudsakligen sitter. Om flera, ange den allvarligaste först.

6.3 Trolig frånvaro

☐ Ingen frånvaro ☐ 1-3 dagar ☐ 4-14 dagar ☐ Längre frånvaro ☐ Dödsfall

Vid dödsfall. Ange datum (helt årtal, mån, dag) — —

7. Ange åtgärder som förhindrar upprepande av skada

	Åtgärden genomförd	Åtgärden ej genomförd
1.	☐	☐
2.	☐	☐
3.	☐	☐

Har skyddsombudet deltagit i utredningen? ☐ Ja ☐ Nej

Om nej, varför inte?

8. Underskrift

Arbetsgivarens (arbetsföreståndarens)/Egna företagarens underskrift

Namnförtydligande

Härav har jag tagit del

Skyddsombudets namnteckning

Den skadades namnteckning

92100401
FK9210 (012 F 002) Fastställd av Försäkringskassan efter samråd med Arbetsmiljöverket 01.03