

ANMELDELSE AF ARBEJDSULYKKE**Indtruffet under virksomhedspraktik***efter Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats kapitel 11.***Til brug for aktiveringsstedet og Jobcenter****1: Oplysninger om tilskadekomne:**

Fornavn	Efternavn	CPR-nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Postnummer	By
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kommune	Stillingsbetegnelse på skadestidspunktet	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2: Oplysninger om Jobcenter/Kommunen på skadestidspunktet:

Adresse	Postnummer	By
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Produktionsenhedsnummer	Telefonnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Forsikringsforhold: Er kommunen forsikret hos selskab eller selvforsikret ?*(sæt kun ét kryds)*

Kommunen er selvforsikret imod arbejdsskader på i tilbud efter

Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats kapitel 10 og 11: *eller*Kommunen er forsikret imod ovenstående arbejdsskader:

Hvis ja, anfør forsikringsselskabet/adm. Selskab/mægler:

3: Oplysninger om praktikstedet eller virksomheden på skadetidspunktet:

Navn	CVR-nummer	Branche
Adresse	Postnummer	By

Arbejdsgivers forsikringsselskab, hvor der er tegnet lovpligtig arbejdsskadeforsikring og policenummer

Telefonnummer

Kontaktperson

4: Hændelsesforløbet:

Hvornår indtraf skaden? Dato

Klokken

Hvor indtraf skaden? (er skaden sket uden for skolens, uddannelsesstedets, praktikstedets eller virksomhedens område skal dette oplyses)

Beskrivelse af hændelsesforløbet - hvad var tilskadekomne beskæftiget med og hvad forårsagede skaden (om nødvendigt kan der vedlægges bilag med uddybende forklaring, skitser m.v.)

5: Oplysninger om skadens følger:

Beskriv så præcist som muligt skaden, herunder hvilken del og evt. side af kroppen, der blev skadet:
For eksempel: Knoglebrud, venstre underarm eller forstuvning af venstre ankel

Har tilskadekomne været under lægebehandling som følge af skaden? JA NEJ

(Hvis ja, angiv oplysning om lægen nedenfor)

Lægens navn

Telefonnummer

Adresse

Postnummer

By

Er tilskadekomne fortsat under lægebehandling for følger af skaden? JA NEJ

Har tilskadekomne haft sygemelding som følge af skaden? JA NEJ

Hvis ja, angiv perioden: Fra Til

6: Tilskadekomnes underskrift:

Dato _____ Underskrift _____

7: Praktikstedets eller virksomhedens underskrift og stempel:

Dato _____ Underskrift _____

Stempel _____