



FORMULAR ZUR DOKUMENTATION VON ERSTE-HILFE-LEISTUNGEN UND NICHT MELDEPFLICHTIGEN ARBEITSUNFÄLLEN

(§24 ABS. 6 DGUV VORSCHRIFT 1 „GRUNDSÄTZE DER PRÄVENTION“)

DIESES FORMULAR MUSS VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLT UND
AN PERSONAL@HS-MAINZ.DE GEGENDET WERDEN.

ANGABEN ZUM HERGANG DES UNFALLS BZW. DES GESUNDHEITSSCHADENS			
Name der/des Verletzten bzw. Erkrankten:			
Datum:		Uhrzeit:	
Abteilung/Arbeitsbereich:			
ANGABEN ZUM HERGANG DES UNFALLS BZW. DES GESUNDHEITSSCHADENS			
Hergang:			
Art und Umfang der Verletzung/Erkrankung:			
Name der Zeugen:			
ERSTE-HILFE-LEISTUNGEN			
Datum:		Uhrzeit:	
Art und Weise der Maßnahmen:			
Name des Erste-Hilfe-Leistenden:			
Ein Durchgangsarzt wurde aufgesucht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Das Formular bitte speichern und an folgende E-Mailadresse senden: personal@hs-mainz.de