

12. A balesetet okozó adatai (csak akkor kell kitölteni, ha a balesetet más személy okozta)

neve _____

címe

ir.szám _____ település _____
 _____ utca (tér) _____ hsz. _____
 tel.szám _____

Amennyiben a balesetet gépkocsi okozta:

– a gépjármű üzemeltetőjének/
tulajdonosának

neve _____

telephelye

ir.szám _____ település _____
 _____ utca (tér) _____ hsz. _____
 tel.szám _____

– a gépjármű rendszáma _____

**MUNKÁBA MENET VAGY ONNAN LAKÁSÁRA (szállására)
MENET KÖZBEN TÖRTÉNT BALESET ESETÉN**

13. A baleset napján a munkavégzés
munkáltató által igazolt
kezdeté

vége

hó		nap		óra		perc	
hó		nap		óra		perc	

14. A munkavégzés helyéről történt
távozás időpontja

15. Igénybevett közlekedési eszköz*

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| személygépkocsi | 1 | |
| autóbusz, trolibusz | 2 | |
| villamos, HÉV | 3 | |
| vonat | 4 | <input type="checkbox"/> |
| motorkerékpár (segédmotoros is) | 5 | |
| kerékpár | 6 | |
| egyéb jármű, éspedig | 7 | |
| gyalogos | 8 | |

16. A munkahelyre menet, vagy onnan
lakására (szállására) menet szokásos
legrövidebb közlekedési útvonal

17. Megszakította-e a szokásos legrövidebb
közlekedési útvonalát

- | | | |
|------|---|--------------------------|
| igen | 1 | <input type="checkbox"/> |
| nem | 2 | <input type="checkbox"/> |

Ha igen, ennek oka

TÁRSADALMI MUNKAVÉGZÉS KÖZBEN TÖRTÉNT BALESET ESETÉN

18. A társadalmi munkavégzés helye	_____				
címe	ir.szám <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> _____ település _____ utca (tér) _____ hsz. tel.szám _____				
19. A végzett munka pontos leírása	_____ _____				
20. A társadalmi munkára felkérő szerv neve	_____				
címe	ir.szám <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> _____ település _____ utca (tér) _____ hsz. tel.szám _____				

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELE SORÁN TÖRTÉNT BALESET ESETÉN

21. Igénybevenni kívánt társadalombiztosítási ellátás megnevezése (keresőképtelenség, vagy munkaképesség csökkenés elbírálása céljából elrendelt orvosi vizsgálat vagy kezelés	_____ _____ _____				
22. Az egészségügyi szolgáltató intézmény neve	_____				
címe	ir.szám <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> _____ település _____ utca (tér) _____ hsz. tel.szám _____				
23. Orvosi beutalóval kívánta-e igénybe venni a tb. ellátást					
igen	1 <input type="checkbox"/>				
nem	2 <input type="checkbox"/>				

MEGJEGYZÉS

Kelt: _____

_____ balesetet szenvedett aláírása

_____ a jegyzőkönyv kiállítójának neve

Az üzemi baleseti jegyzőkönyv mellé csatolandó okmányok

- Amennyiben a balesetnek szemtanúja volt, annak nyilatkozata
- A sérültet orvoshoz, kórházba, rendelőintézetbe szállító személy nyilatkozata
- Ha a balesetet szenvedett személyt elsősegélyben részesítették, az elsősegélyt nyújtó nyilatkozata
- Mentő közreműködése esetén, az esemény napló kivonata
- Rendőrségi közreműködés esetén a rendőri szerv által fevett jegyzőkönyv másolata