

Nyilvántartási szám\*\*:

|    |    |         |
|----|----|---------|
| Év | hó | sorszám |
| 20 |    |         |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

## MUNKABALESETI JEGYZŐKÖNYV

[Az 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet 3. sz. melléklete alapján]  
 Számítógéppel, írógéppel vagy nyomtatott betűvel töltendő ki!

Területi kód\*: 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

  
 Adatszolgáltatás jellege\*\*:

**(A) A munkáltató adatai:**

|     |                              |   |  |   |   |   |                   |   |
|-----|------------------------------|---|--|---|---|---|-------------------|---|
| 1.  | Neve:                        |   |  |   |   |   |                   |   |
| 2.  | Címe:                        | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |  |   |   |   |                   |   |
| 3.  | Telefonszáma:                |   | Fax:   |   | Mobil:  |   |                   |   |
| 4.  | E-mail címe:                 |   |  |   |   |   |                   |   |
| 5.  | Adószáma:                    | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> | -  | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | -   | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | Adóazonosító jele | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |
| 6.  | Közösségi adószáma:          | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> | 7. Gazdálkodási forma:                       |   | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |   |                   |   |
| 8.  | Fő tevékenysége (TEÁOR'08)*: | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> | 9. Helyi egység fő tevékenysége (TEÁOR'08)*: |   | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |   |                   |   |
| 10. | Összlétszám kategória*:      | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | 11. Helyi egység létszám kategória:          |   | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |   |                   |   |

**(B) A sérült (munkavállaló) adatai:**

|     |   |   |                      |   |   |    |   |    |   |     |
|-----|---|---|----------------------|---|---|----|---|----|---|-----|
| 1.  | Neve:   |   |                      | 2. TAJ száma:   | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |    |   |    |   |     |
| 3.  | Születési neve:   |   |                      | 4. Anyja neve:  |   |    |   |    |   |     |
| 5.  | Születési hely:   |   |                      | 6. Születési ideje:   | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | év | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | hó | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | nap |
| 7.  | Neme*:  | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | 8. Állampolgársága*: | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | 9. Életkora:  |    | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | év |   |     |
| 10. | Lakcíme:  | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> | 11. Telefonszáma:    |   |   |    |   |    |   |     |
|     | ép.   | lh.   | em.                  | ajtó  |   |    |   |    |   |     |
| 12. | Munkaköre (FEOR)*:                                      | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |                      | 13. Alkalmazotti viszonya*:                                   | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |    |   |    |   |     |
| 14. | Munkatapasztalat az adott munkakörben a munkáltatónál*: | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | év                   | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | hó  |    |   |    |   |     |

**(C) A munkabaleset adatai:**

|    |   |   |   |   |   |    |   |     |  |   |
|----|---|---|---|---|---|----|---|-----|--|---|
| 1. | Dátum:                                    | 20  | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | év  | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | hó | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | nap | 2. Időpontja: (óra, 24 órás időszámítás) | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> |
| 3. | A sérülés a munkavégzés hányadik órájában | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | a hét hányadik napján*  | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | következett be  |    |   |     |  |   |
| 4. | A sérülés típusa*:                        | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |   | 5. Sérült testrész*:  | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |    |   |     |  |   |
| 6. | A munkavégzés helye*:                     | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | 7. A baleset földrajzi helye*:                                | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |   |    |   |     |  |   |
| 8. | A sérülés súlyossága*:                    | <table border="1" style="width: 15px; height: 15px;"></table> | 9. A munkaképtelenség időtartama*:                            | <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"></table> |   |    |   |     |  |   |

**(D) A munkabaleset leírása:**

**A baleset leírása külön lapon folytatható!**

\*\***(1)** új / **(2)** tartalom módosító / **(3)** törlés a nyilvántartásból / **(4)** munkaképtelen napok számát közlő

**(E) Munkabalesettel kapcsolatos egyéb információk\*:**

|   |                            |                |                          |                 |                          |                   |                          |                         |                          |
|---|----------------------------|----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. Munkahelyi környezet   |                            |                |                          |                 |                          |                   |                          |                         |                          |
| 2. Munkafolyamat:   |                            |                |                          |                 |                          |                   |                          |                         |                          |
| 3. Sérült konkrét fizikai tevékenysége:   |                            |                |                          |                 |                          |                   |                          |                         |                          |
| 3.1. A konkrét fizikai tevékenység anyagi (tárgyi) tényezője:                                       |                            |                |                          |                 |                          |                   |                          |                         |                          |
| 4. Balesetet kiváltó különleges esemény:  |                            |                |                          |                 |                          |                   |                          |                         |                          |
| 4.1. Különleges esemény anyagi (tárgyi) tényezője:  |                            |                |                          |                 |                          |                   |                          |                         |                          |
| 5. A sérülést okozó érintkezés, a sérülés módja:  |                            |                |                          |                 |                          |                   |                          |                         |                          |
| 5.1. A sérülést okozó érintkezés anyagi (tárgyi) tényezője:   |                            |                |                          |                 |                          |                   |                          |                         |                          |
| 6. Személyi tényező (k):  | <input type="checkbox"/> S |                |                          |                 |                          |                   |                          |                         |                          |
| 7. A biztonsági- és jelzőberendezések, egyéni védőeszközök, egyéni védelmi megoldások alkalmassága: |                            |                |                          |                 |                          |                   |                          |                         |                          |
|   | 7.1.                       | 7.2.           | 7.3.                     | 7.4.            | 7.5.                     |                   |                          |                         |                          |
| Védőburkolat  | <input type="checkbox"/>   | Védőberendezés | <input type="checkbox"/> | Jelzőberendezés | <input type="checkbox"/> | Egyéni védőeszköz | <input type="checkbox"/> | Egyéni védelmi megoldás | <input type="checkbox"/> |

**(F) A balesethez vezető ok / okok:**

|                                 |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Külön lapon folytatható!</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|

**(G) Munkáltatói intézkedés(ek) a hasonló balesetek megelőzésére:**

|                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| <p>Külön lapon folytatható!</p> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|--------------------------|

**(H) Mellékletek, megjegyzések:**

|                                 |
|---------------------------------|
| <p>Külön lapon folytatható!</p> |
|---------------------------------|

**(I) A kivizsgálást végzők adatai, hitelesítések:**

|  |
|--|
| 1. Munkavédelmi képviselő: <input type="checkbox"/> A kivizsgálással (1) Egyetért / (2) Nem ért egyet / (3) Nem vett részt / (4) Nincs képviselő |
| Név: _____ Dátum: _____ Aláírás: _____   |
| 2. A baleset kivizsgálását végezte:  |
| Név: _____ Dátum: _____ Aláírás: _____   |
| Mv. képzettséget igazoló irat száma: _____   |
| 3. Munkáltató képviselője:   |
| Név: _____ Beosztás: _____ Dátum: _____ Aláírás: _____   |

**(J) A jegyzőkönyvet ellenőrző munkavédelmi felügyelő:**

|   |
|---|
| Megjegyzés:   |
| Név: _____ F. ig. szám: _____ Dátum: _____ Aláírás: _____ |

\*Kitöltési útmutató szerint!