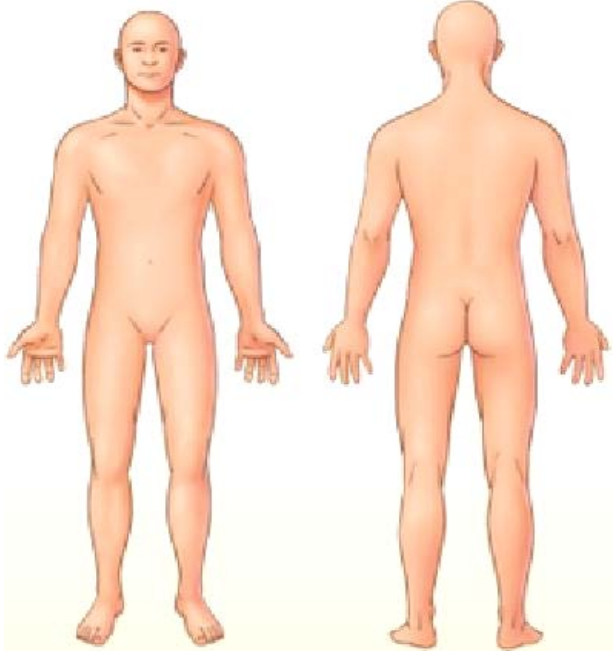


Dokumentation von Erste-Hilfe-Leistungen

gemäß §24 Abs. 6 DGUV Vorschrift 1 "Grundsätze der Prävention"

Formular eigenverantwortlich komplett ausfüllen und an senden!

Name der Firma/Einrichtung:		
Name des Verletzten bzw. Erkrankten:		
Angaben zum Hergang des Unfalls bzw. des Gesundheitsschadens:		
Datum:		
Uhrzeit:		
Ort (Gebäude, Abteilung, Etage usw.):		
Schilderung des Hergangs, der ausgeübten Tätigkeit zum Zeitpunkt des Gesundheitsschadens und Benennung der unfallauslösenden Umstände:		
Name der Zeugen:		
Art und Umfang der Verletzung bzw. Erkrankung:		
Bitte ankreuzen und in der Zeichnung markieren: <input type="checkbox"/> Bluterguss <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Fraktur (Bruch) <input type="checkbox"/> Fremdkörper (Splitter, Span, Zecke usw.) <input type="checkbox"/> Prellung <input type="checkbox"/> Quetschung <input type="checkbox"/> Riss (Bänder, Sehnen, Muskel usw.) <input type="checkbox"/> Schnittwunde <input type="checkbox"/> Stromschlag <input type="checkbox"/> Verätzung/Verbrennung/Verbrühung <input type="checkbox"/> Verlust <input type="checkbox"/> Verstauchung <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Zerrung <input type="checkbox"/> _____		
Erste-Hilfe-Leistung		
Datum und Uhrzeit:		
Art und Weise der Maßnahmen:		
Name der zuständigen Führungskraft:		
Name des Erste-Hilfe-Leistenden:		

Durchgangsarzt/-ärztin wird/wurde aufgesucht: Ja

Nein

