



BG_5_Checkliste zur Ermittlung von Unfallursachen

1. Zusammenfassung des Unfallherganges

Name, Vorname der verunfallten Person:

Ort des Unfalls (Abteilung, Bereich):

Datum und Uhrzeit des Unfalls

Art des Unfalls

- Unfall
 Beinaheunfall

Befragende/ Protokollführende Person:

Name der befragten Person (das könnte z. B. die vorgesetzte Person, eine Kollegin, die betroffene Person etc. sein):

Vorgesehener, eigentlicher Ablauf der Tätigkeit:

Name der befragten Person:

Unfallhergang:

Ausbildung/erlernter Beruf/Berufserfahrung der verunfallten Person:

Die verunfallte Person war zum Unfallzeitpunkt beschäftigt als:

16/11/2023

12:32

Musterchecklisten

v1

1 of 7



BG_5_Checkliste zur Ermittlung von Unfallursachen

| | |
|--|--|
| Welche Erfahrung hatte die Person mit der Tätigkeit, die zum Unfall geführt hat? | <input type="radio"/> gering/wenig <input type="radio"/> ausreichend eingearbeitet <input type="radio"/> langjährig/routiniert |
| Welche Körperteile wurden verletzt? Wie wurde das Körperteil verletzt? | |
| Waren weitere Personen am Unfall beteiligt? | |
| Welche Sachschäden sind dabei entstanden? | |

2. Detaillierte Ermittlung des Unfallherganges und der Ursachen - Technische Ausstattung/Persönliche Schutzausrüstung

| | |
|--|--|
| Welche Arbeitsmittel (Maschine, Gerät, Werkzeug, Hilfseinrichtung, Verkehrsmittel etc.) spielten bei der unfallverursachenden Tätigkeit eine Rolle? | |
| War dieses Arbeitsmittel für die ausgeübte Tätigkeit vorgesehen? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Spielten der Arbeitsraum, das Gelände, die Arbeitsumgebung, Fußböden, Wege, Treppen, Gebäudeteile, betriebliche Einrichtungen o. ä. eine Rolle bei dem Unfall? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| War das Arbeitsmittel/die Arbeitsumgebung Ihrer Meinung nach geeignet? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

| | | | | |
|------------|-------|-------------------|----|--------|
| 16/11/2023 | 12:32 | Musterchecklisten | v1 | 2 of 7 |
|------------|-------|-------------------|----|--------|



BG_5_Checkliste zur Ermittlung von Unfallursachen

| | |
|--|---|
| War es ausreichend sicher? (Einschätzung der verunfallten Person, bisherige Erfahrungen, Hinweise auf Konstruktionsmängel, mangelhafte Wartung oder Instandhaltung) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Gab es Probleme mit technischen Komponenten? | <input type="checkbox"/> 1. Versagen eines Bauteils/einer Komponente <input type="checkbox"/> 2. Fehlfunktion <input type="checkbox"/> 3. Verschleiß, Korrosion <input type="checkbox"/> 4. Fehlende Verriegelung <input type="checkbox"/> 5. Ungenügende ergonomische Gestaltung <input type="checkbox"/> 6. Sonstige |
| Waren die Schutz-/ Signal-/ Warneinrichtungen an der Unfall-stelle | <input type="checkbox"/> 1. Vollständig und funktionsfähig? <input type="checkbox"/> 2. Unvollständig (z. B. zu kurz)? <input type="checkbox"/> 3. Nicht funktionsfähig (z. B. defekt, verschlissen)? |

Weitere Inhalte dieser Checkliste, können Sie in Ihrem Demo-Account einsehen.

Kontaktieren Sie hierfür das Check-it Team, oder beantragen Sie [hier](#) einen Demo-Account.

Ihr Check-it Team