



Aktennummer (Der Verwaltung vorbehalten):

An die CCA-Dienststelle zurücksenden:

[accidents@itm.etat.lu](mailto:accidents@itm.etat.lu)

# Arbeitsunfallanzeige und Unfallbericht

**Auszufüllen vom Arbeitgeber!**

FOR-CCA-005\_D\_6

Gemäß Artikeln L. 312-5 (1) Punkt 4 und L. 614-11 des Arbeitsgesetzbuches

## 1 ORT UND DATUM DES UNFALLS

Arbeitsort und -platz		
Straße & Nr./PLZ Ortschaft		
Datum:		Uhrzeit: (HH:MM)

## 2 DATEN DER PARTEIEN

### 2.1 Angaben zum Unternehmen/Arbeitgeber

Firmenname des Unternehmens oder Name/Vorname des Arbeitgeber		
Identifikationsnummer		NACE-Code :
Straße & Nr./PLZ Ortschaft		
Tel./E-Mail		

### 2.2 Angaben zur verunfallten Person/zum verunfallten Arbeitnehmer

Name/Vorname		
Identifikationsnummer		Geburtsdatum:
Staatsangehörigkeit/Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße & Nr./PLZ Ortschaft		
Tel./E-Mail		
Berufliche Qualifikation/Funktion		
Einstellungsdatum		
In der Funktion seit		Arbeitszeit: <u>Stunden</u>
Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> befristet
Sonstiger Vertrag	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Praktikant
	<input type="checkbox"/> Auszubildender	
<input type="checkbox"/> Sonstiger (bitte angeben) :		

### 2.3 Angaben zum Zeitarbeitsunternehmen

Firmenname des Unternehmens		
Identifikationsnummer		NACE-Code :
Straße & Nr./PLZ Ortschaft		
Tel./E-Mail		

#### Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt

Postanschrift: B.P. 27  
 Büros : 3, rue des Primeurs  
 Site internet: <http://www.itm.lu>

L-2010 Luxembourg  
 L-2361 Strassen

Tel.: +352 247-76100  
 Fax: +352 247-96100  
 Vers.: 03/04/2024

### 3 DATEN DER WEITEREN BETEILIGTEN PERSONEN/ANGABEN ZUM UNFALL

#### 3.1 Zeuge

Name/Vorname		
Identifikationsnummer		Geburtsdatum:
Straße & Nr./PLZ Ortschaft		
Tel./E-Mail		
Beruf/Funktion		

#### 3.1.1. Zeuge

Name/Vorname		
Identifikationsnummer		Geburtsdatum:
Straße & Nr./PLZ Ortschaft		
Tel./E-Mail		
Beruf/Funktion		

#### 3.2 Fachkraft für Arbeitssicherheit (Gemäß Artikel L. 312-3 (1) des Arbeitsgesetzbuches)

Name/Vorname			
Identifikationsnummer			Geburtsdatum:
Straße & Nr./PLZ Ortschaft			
Tel./E-Mail			
Schulung (Stufe A; B; C)	Stufe:	Datum Zertifikat:	Datum Weiterbildung:
Beruf/Funktion			

#### 3.3 Sicherheitsbeauftragter (Gemäß Artikel L. 414-14 des Arbeitsgesetzbuchs (Betriebsrat))

Name/Vorname		
Identifikationsnummer		Geburtsdatum:
Straße & Nr./PLZ Ortschaft		
Tel./E-Mail		
Schulung	Datum Zertifikat:	Auffrischungsschulung vom:
Beruf/Funktion		

#### 3.4 Merkmale des Unfalls

<input type="checkbox"/> Absturz aus der Höhe	<input type="checkbox"/> Sturz auf gleicher Ebene	<input type="checkbox"/> Fallender Gegenstand	<input type="checkbox"/> Einsturz
<input type="checkbox"/> Bersten	<input type="checkbox"/> Ausrutschen	<input type="checkbox"/> Zusammenstoß	<input type="checkbox"/> Einklemmen
<input type="checkbox"/> Mechanischer Kontakt mit Maschine	<input type="checkbox"/> Stromschlag	<input type="checkbox"/> Explosion	
<input type="checkbox"/> Sonstige:			

#### 3.4.1 Tätigkeit des Unfallopfers zum Zeitpunkt des Unfalls

<input type="checkbox"/> Bau	<input type="checkbox"/> Materialbearbeitung	<input type="checkbox"/> Zu Fuß unterwegs
<input type="checkbox"/> Grabenarbeiten	<input type="checkbox"/> Anschlagen/Heben	<input type="checkbox"/> Führen eines Fahrzeugs
<input type="checkbox"/> Schalungsarbeiten	<input type="checkbox"/> Maschinenbedienung	<input type="checkbox"/> Verkehr
<input type="checkbox"/> Betonguss	<input type="checkbox"/> Einrichten	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Arbeiten
<input type="checkbox"/> Abbrucharbeiten	<input type="checkbox"/> Wartung einer Maschine	<input type="checkbox"/> Forstwirtschaftliche Arbeiten
<input type="checkbox"/> Arbeiten in der Höhe	<input type="checkbox"/> Allgemeine Instandhaltung	<input type="checkbox"/> Gartenarbeiten
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

<b>3.5 Verletzung(en)/Art der Verletzung(en)</b>				<input type="checkbox"/> Keine Verletzung
<input type="checkbox"/> Knochenbruch	<input type="checkbox"/> Prellung	<input type="checkbox"/> Quetschung	<input type="checkbox"/> Schnittwunde	<input type="checkbox"/> Verbrennung
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/> Chemisch	<input type="checkbox"/> Sonstige:	

<b>3.5.1 Stelle der Verletzung(en)</b>			
<input type="checkbox"/> Kopf	Auge(n)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Hals	Schulter(n)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Rücken	Arm(e), einschl. Ellbogen	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Brustkorb	Hand/Hände einschl. Finger	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Bauch, Becken	Bein(e), einschl. Knie	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Sonstige Körperteile, bitte angeben:	Fuß/Füße, einschl. Zehen	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

<b>3.5.2 Unfallfolgen (Bitte mindestens eine Folge angeben)</b>			
<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Keine Arbeitsunfähigkeit
Dauer der Arbeitsunfähigkeit: Tage		<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme der Arbeit am (Datum):	
Information vom (Datum):		<input type="checkbox"/> Keine Wiederaufnahme der Arbeit	

<b>3.6 Üblicher Arbeitsplatz?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

<b>3.6.1 Arbeitsumgebung</b>				
<input type="checkbox"/> Baustelle	<input type="checkbox"/> Werkstatt	<input type="checkbox"/> Büro/Geschäft	<input type="checkbox"/> Küche/Restaurant	<input type="checkbox"/> Lager
<input type="checkbox"/> Treppen, Flur	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb	<input type="checkbox"/> Fertigungslinie	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Forstwirtschaft
<input type="checkbox"/> Parking	<input type="checkbox"/> Verkehrsweg	<input type="checkbox"/> Sonstige:		

<b>3.6.2 Arbeitszeit</b>	<b>Schichtarbeit?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Normale Arbeitszeit	von:	bis:	und von: bis:
Effektive Arbeitszeit	von:	bis:	und von: bis:

<b>3.6.3 Benutzte Arbeitsmittel</b>	<input type="checkbox"/> Keine Arbeitsmittel verwendet		<input type="checkbox"/> Gefährlicher Stoff
<input type="checkbox"/> Einzelmaschine	<input type="checkbox"/> Klemmwerkzeug	<input type="checkbox"/> Seil	<input type="checkbox"/> Gas
<input type="checkbox"/> Maschine in Fertigungslinie	<input type="checkbox"/> Schneidwerkzeug	<input type="checkbox"/> Gerüst	<input type="checkbox"/> Flüssigkeit
<input type="checkbox"/> Maschine in Betrieb vor 1992	<input type="checkbox"/> Hebebühne	<input type="checkbox"/> Leiter	<input type="checkbox"/> Elektrischer Strom
<input type="checkbox"/> Maschine in Betrieb ab 1992	<input type="checkbox"/> Hebezeug	<input type="checkbox"/> Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Staub
<input type="checkbox"/> Handwerkzeug/-maschine	<input type="checkbox"/> Anschlagmittel	<input type="checkbox"/> Baumaschine	<input type="checkbox"/> Strahlung
<input type="checkbox"/> Sonstige:			

3.6.4 Bezeichnung der persönliche Schutzausrüstung	Erforderlich?		Getragen/Benutzt ?	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## 4 AUSFÜHRLICHE SCHILDERUNG DES UNFALLHERGANGS

Genauere Angabe der Tätigkeit des Opfers zum Zeitpunkt des Unfalls, der verwendeten Arbeitsmittel sowie der Unfallursachen.

Angabe der Präventionsmaßnahmen, die zum Zeitpunkt des Unfalls vorhanden waren.

Angabe der getroffenen oder zu treffenden Präventionsmaßnahmen, um einen ähnlichen Unfall in Zukunft zu vermeiden.

## 5 UNTERZEICHNER (ARBEITGEBER ODER SEIN VERTRETER)

Name und Vorname des Arbeitgebers oder seines Vertreters:		Unterschrift
Funktion des Unterzeichners:		
Ort:	Datum:	
Name und Vorname des Zeitarbeitsunternehmers oder seines Vertreters:		Unterschrift
Funktion des Unterzeichners:		
Ort:	Datum:	

*„Die personenbezogenen Daten, die Sie uns übermitteln, werden vom Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt (ITM) in seiner Eigenschaft als Verantwortlicher und im Einklang mit den Bestimmungen der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr („DSGVO“) verarbeitet. Weitere Informationen können Sie ebenfalls der Rubrik „Datenschutz“ auf der Website des Gewerbe- und Grubenaufsichtsamts entnehmen: <https://itm.public.lu/de/support/protection-donnees/formulaires.html>.*