



# UNFALLANZEIGE DURCH DEN ARBEITGEBER

Aktennr.	
An die AEC-Dienststelle zurückzuschicken:	<a href="mailto:aec@itm.etat.lu">aec@itm.etat.lu</a>

(der Verwaltung vorbehalten) FOR-AEC-002.2

## 1.1 Ort und Datum des Unfalls

Ort		
Hausnr., Straße / PLZ Ortschaft		
Datum		Uhrzeit (HH:MM):

## 1.2 Personalien der Parteien

### 1.2.1 Arbeitgeber

Name des Unternehmens, der Verwaltung oder Name und Vorname des Arbeitgebers		
Identifikationsnummer		NACE-Code:
Hausnr., Straße / PLZ Ortschaft		
Tel. / E-Mail		
Kontaktperson		

### 1.2.2 Zeitarbeitsunternehmen

Name des Unternehmens		
Identifikationsnummer		NACE-Code:
Hausnr., Straße / PLZ Ortschaft		
Tel. / E-Mail		
Kontaktperson		

### 1.2.3 Unfallopfer

Name/Vorname		
Identifikationsnummer		
Hausnr., Straße / PLZ Ortschaft		
Tel. / E-Mail		
Berufliche Qualifikation		
Einstellungsdatum		
In der Funktion seit		Beschäftigungsgrad: %
Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> Zeitarbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Sonstige:	

#### Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt

Postanschrift: B.P. 27  
Büros: 3, rue des Primeurs

L-2010 Luxembourg  
L-2361 Strassen

Tel.: +352 247-76100  
Fax: +352 247-96100

### 1.3 Personalien der weiteren Beteiligten

#### 1.3.1 Zeuge(n)

Name / Vorname		
Identifikationsnummer		
Hausnr., Straße / PLZ Ortschaft		
Tel. / E-Mail		

Name / Vorname		
Identifikationsnummer		
Hausnr., Straße / PLZ Ortschaft		
Tel. / E-Mail		

#### 1.3.2 Fachkraft für Arbeitssicherheit<sup>1</sup>

Name / Vorname		
Identifikationsnummer		
Hausnr., Straße / PLZ Ortschaft		
Tel. / E-Mail		
Schulung	Niveau:	Bescheinigung ausgestellt am:
Beruf/Position im Unternehmen	Zusatzausbildung vom:	

#### 1.3.3 Sicherheitsbeauftragter<sup>2</sup>

Name / Vorname		
Identifikationsnummer		
Hausnr., Straße / PLZ Ortschaft		
Tel. / E-Mail		

### 1.4 Beschreibung des Unfalls

#### 1.4.1 Merkmale des Unfalls

Absturz aus großer Höhe	Sturz auf ebenem Boden	Herabfallender Gegenstand	Einsturz
Bersten	Ausrutschen	Zusammenstoß	Einklemmen
Mechanischer Kontakt mit Maschine		Stromschlag	Explosion
Sonstige:		Durch eine andere Person verursachter Unfall	

#### 1.4.2 Tätigkeit des Unfallopfers zum Zeitpunkt des Unfalls

Baustelle	Werkstatt/Fertigung	Sonstige
<input type="checkbox"/> Bau	<input type="checkbox"/> Materialbearbeitung	<input type="checkbox"/> Führen eines Fahrzeugs
<input type="checkbox"/> Grabenarbeiten	<input type="checkbox"/> Anschlagen / Heben	<input type="checkbox"/> Zu Fuß unterwegs
<input type="checkbox"/> Schalungsarbeiten	<input type="checkbox"/> Maschinenbedienung	<input type="checkbox"/> Verkehr
<input type="checkbox"/> Betonguß	<input type="checkbox"/> Einrichten einer Maschine	<input type="checkbox"/> Land-/forstwirtsch. Arbeiten
<input type="checkbox"/> Abbrucharbeiten	<input type="checkbox"/> Wartung einer Maschine	<input type="checkbox"/> Allgemeine Instandhaltung
<input type="checkbox"/> Arbeiten in der Höhe	<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

<sup>1</sup> Gemäß Artikel L. 312-3 (1) des Arbeitsgesetzbuchs

<sup>2</sup> Mitglied des Betriebsrats

## 1.5 Verletzungen des Unfallopfers

Keine Verletzung

### 1.5.1 Art der Verletzung(en)

<input type="checkbox"/> Knochenbruch	<input type="checkbox"/> Prellung	<input type="checkbox"/> Verbrennung	<input type="checkbox"/> Schnittwunde	<input type="checkbox"/> Quetschung
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Chemisch	<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/> Sonstige:	

### 1.5.2 Stelle der Verletzung(en)

<input type="checkbox"/> Kopf	Schulter(n)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Auge(n)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	Arm(e), einschließlich Ellbogen: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Ohr(en)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	Hand/Hände einschließl. Finger: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Hals	Bein(e), einschließlich Knie:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Rücken	Fuß/Füße, einschließlich Zehen:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Brustkorb	<input type="checkbox"/> Andere(s) verletzte(r), hier nicht aufgeführte(r) Körperteil(e), bitte angeben:		
<input type="checkbox"/> Bauch, Becken			
<input type="checkbox"/> Stelle unbekannt	<input type="checkbox"/> Ganzer Körper und mehrere Stellen		

### 1.5.3 Unfallfolgen (Bitte mindestens eine Folge angeben)

<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Keine Arbeitsunfähigkeit
Dauer der Arbeitsunfähigkeit:		Information vom (Datum):	

## 1.6 Arbeitsbedingungen des Unfallopfers

### 1.6.1 Arbeitsplatz

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

### 1.6.2 Arbeitsumgebung

<input type="checkbox"/> Baustelle	<input type="checkbox"/> Fertigungslinie	<input type="checkbox"/> Werkstatt	<input type="checkbox"/> Lager
<input type="checkbox"/> Büro/Geschäft	<input type="checkbox"/> Verkehrsweg	<input type="checkbox"/> Treppen, Flur	
<input type="checkbox"/> Sonstige:			

### 1.6.3 Arbeitszeit

Schichtarbeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Normale Arbeitszeit	von	bis und von bis
Tatsächliche Arbeitszeit	von	bis und von bis

### 1.6.4 Zum besagten Zeitpunkt verwendete Arbeitsausrüstung

Keine Ausrüstung verwendet

Arbeiten in der Höhe	Maschinen/Werkzeuge	Besondere Umstände
<input type="checkbox"/> Leiter	<input type="checkbox"/> Einzelmaschine	<input type="checkbox"/> Gefährlicher Stoff
<input type="checkbox"/> Gerüst	<input type="checkbox"/> In eine Fertigungslinie integrierte Maschine	<input type="checkbox"/> Flüssigkeit
<input type="checkbox"/> Seil	<input type="checkbox"/> Vor 1992 in Betrieb genommene Maschine	<input type="checkbox"/> Gas
<input type="checkbox"/> Hebebühne	<input type="checkbox"/> Ab 1992 in Betrieb genommene Maschine	<input type="checkbox"/> Staub
<input type="checkbox"/> Hebezeug	<input type="checkbox"/> Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Elektrischer Strom
<input type="checkbox"/> Anschlagmittel	<input type="checkbox"/> Handwerkzeug/-maschine	<input type="checkbox"/> Strahlung
<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Schneidwerkzeug	<input type="checkbox"/> Sonstige:
	<input type="checkbox"/> Klemmwerkzeug	
	<input type="checkbox"/> Sonstige:	

### 1.6.5 Persönliche Schutzausrüstung (PSA)

Bezeichnung der PSA	Erforderlich?	Getragen?
	<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

## 2 Ausführlicher Bericht

Laut Artikel L. 312-5 (1) 4 des Arbeitsgesetzbuchs muss der Arbeitgeber schnellstmöglich Berichte über die Arbeitsunfälle, deren Opfer seine Arbeitnehmer geworden sind, erstellen, und an das Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt übermitteln. Der ausführliche Bericht muss Folgendes enthalten:

- die genaue Schilderung des Unfallhergangs;
- eine kurze Analyse der direkten Unfallursachen;
- die Maßnahmen, die zurückbehalten wurden, um diese Risiken künftig zu vermeiden.

--

### 3 Unterschrift

Ich, der Unterzeichnete, bestätige hiermit, dass die oben genannten Informationen korrekt, sind und in gutem Glauben gegeben wurden.

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

### Datenschutz

Jeder Arbeitgeber, der dieses Unfallanzeigeformular an das Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt übermittelt, erkennt durch diese einfache Tatsache an, dass die übermittelten personenbezogenen Daten, die für die Erfüllung der Aufgaben des Gewerbe- und Grubenaufsichtsamts, nämlich zur Entwicklung einer Kultur der Prävention und Zusammenarbeit in Bezug auf die Arbeitsbedingungen, einschließlich Gesundheit, Sicherheit und Hygiene des Arbeitnehmers, beizutragen und die Anwendung der Rechtsvorschriften, und insbesondere die Arbeitsbedingungen und den Schutz der Arbeitnehmer, zu überwachen und sicherzustellen, notwendig sind, vom Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt verarbeitet werden.

Vorbehaltlich gesetzlicher oder behördlicher Auflagen sind die auf diese Weise erfassten persönlichen Daten nicht dazu bestimmt, an Dritte weitergegeben zu werden, außer an die vom Gesetz bestimmten Personen, deren Eingreifen für die Ausübung der Aufgaben des Gewerbe- und Grubenaufsichtsamts erforderlich ist. Innerhalb der oben genannten Grenzen und für die oben genannten Zwecke können bestimmte personenbezogene Daten, wann immer das Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt gesetzlich dazu verpflichtet ist, dem Minister für Arbeit, den zuständigen Verwaltungen, dem Koordinationsausschuss des nationalen Arbeitsinspektionssystems, den Justizbehörden, jeder natürlichen oder juristischen Person des privaten oder öffentlichen Rechts und jeder vom Minister genehmigten Stelle und/oder jedem vom Minister zugelassenen Sachverständigen übermittelt werden.

Gemäß den in Luxemburg geltenden Datenschutzbestimmungen haben die betroffenen Personen (i) ein Auskunftsrecht, (ii) ein Widerspruchsrecht, außer in Fällen, in denen die Verarbeitung der Daten vorgeschrieben ist, (iii) ein Recht auf Berichtigung und (iv) ein Recht auf Löschung der sie betreffenden Daten.

Personenbezogene Daten werden in Übereinstimmung mit der geltenden Datenschutzerklärung verarbeitet, die auf der Website des Gewerbe- und Grubenaufsichtsamts [www.itm.lu](http://www.itm.lu) verfügbar ist

Der Arbeitgeber verpflichtet sich, den verletzten Arbeitnehmer und andere Personen, deren Daten im Rahmen dieser Unfallanzeige erfasst werden, über die geltende Datenschutzerklärung zu informieren.

Der Arbeitgeber garantiert dem Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt, dass er die Zustimmung der betroffenen Personen zur Verarbeitung ihrer Daten durch das Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt, sofern erforderlich, eingeholt hat.

Wenn eine Person eine Beschwerde bezüglich der Verarbeitung ihrer persönlichen Daten hat oder wenn sie eine mögliche Verletzung der Sicherheit ihrer personenbezogenen Daten vermutet, kann sie das Beschwerdeverfahren auf der Website des Gewerbe- und Grubenaufsichtsamts konsultieren und/oder sich an das Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt wenden, indem sie die Datenschutzabteilung (B.P. 27, L-2010 Luxembourg, E-Mail: [info.rgpd@itm.etat.lu](mailto:info.rgpd@itm.etat.lu)), kontaktiert  
Jede Person hat auch die Möglichkeit, eine Beschwerde bei der Nationalen Kommission für Datenschutz (CNPD) mit Sitz in L-4631 Esch-sur-Alzette, 1, avenue du Rock'n'Roll, [www.cnpd.lu](http://www.cnpd.lu), einzureichen