



Aktennummer:	
An die CCA-Dienststelle zurücksenden: (Der Verwaltung vorbehalten)	accidents@itm.etat.lu

Arbeitsunfallanzeige und Arbeitsunfallbericht

Auszufüllen vom Arbeitgeber!

FOR-CCA-005_D_3

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

1 – ORT UND DATUM DES UNFALLS

Ort		
Straße & Nr. PLZ / Ortschaft		
Datum		Uhrzeit: (HH:MM):

2 – PERSONALIEN DER PARTEIEN

1.2. Arbeitgeber

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

1.3. Zeitarbeitsunternehmen

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

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.: 18/03/2022

1.4. Unfallopfer

Name und Vorname		
Identifikationsnummer		
Straße & Nr. / 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:	

3 – PERSONALIEN DER WEITEREN BETEILIGTEN PERSONEN

3.1 Zeuge(n)

Name und Vorname		
Identifikationsnummer		
Straße & Nr. / PLZ Ortschaft		
Tel. / E-Mail		

3.2 Fachkraft für Arbeitssicherheit¹

Name und Vorname		
Identifikationsnummer		
Straße & Nr. / PLZ Ortschaft		
Tel. / E-Mail		
Schulung	Niveau:	Bescheinigung vom: Zusatzausbildung vom:
Beruf / Position im Unternehmen		

¹ Gemäß Artikel L. 312-3 (1) des Arbeitsgesetzbuchs

3.2 Sicherheitsbeauftragter²

Name und Vorname		
Identifikationsnummer		
Straße & Nr. / PLZ Ortschaft		
Tel. / E- Mail		

4 – BESCHREIBUNG DES UNFALLS

4.1 Merkmale des Unfalls

<input type="checkbox"/> Absturz aus großer Höhe	<input type="checkbox"/> Sturz auf ebenem Boden	<input type="checkbox"/> Herabfallender 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:	<input type="checkbox"/> Durch eine andere Person verursachter Unfall		

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 Fahrzeug
<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	<input type="checkbox"/> Land /-forstwirtschaftliche 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:		

² Mitglied des Betriebsrats

5 – VERLETZUNG(EN) DES UNFALLSOPFERS

Keine Verletzung

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:	

5.2 Stelle der Verletzung(en)

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

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) :	

6 – CONDITIONS DE TRAVAIL DE L'ACCIDENTE(E)

6.1 Arbeitsplatz

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

6.2 Arbeitsumgebung

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

<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Lager
-------------------------------------	--------------------------------

6.3 Arbeitszeit

Schichtarbeit Ja Nein

Normale Arbeitszeit von bis und von bis

Tatsächliche Arbeitszeit von bis und von bis

6.4 Benutzte Arbeitsmittel beziehungsweise welche den Unfall verursacht haben

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 einer 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	
	Sonstige:	

6.4 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

7 – ARBEITSUNFALLBERICHT

Laut Artikel L.312-5 (1) 4 des Arbeitsgesetzbuchs muss der Arbeitgeber so schnell wie möglich Berichte über die Arbeitsunfälle, die die bei ihm beschäftigten Arbeitnehmer erlitten haben, erstellen und an das Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt kommunizieren. Der Bericht muss Folgendes enthalten:

- Die Beschreibung des Unfallhergangs;
- Der chronologische Ablauf des Arbeitsunfalles;
- eine Analyse der Ursachen des Arbeitsunfalls;
- die zurückzubehaltenden Präventivmaßnahmen, um diese Ursachen und Risiken in Zukunft zu vermeiden.

Obligatorische Beschreibung

8 – UNTERSCHRIFT

Der Unterzeichnete erklärt hiermit, dass die gemachten Angaben aufrichtig und wahrheitsgemäß sind.

Name und Vorname des Arbeitgebers oder seines Vertreters	Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Vertreters
Funktion des Unterzeichners	
Ort und Datum	
Name und Vorname des Zeitarbeitsunternehmers oder seines Vertreters	Unterschrift des Zeitarbeitsunternehmers oder seines Vertreters
Funktion des Unterzeichners	
Ort und 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>. Oder wenden Sie sich an das Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt unter folgender Adresse: Service Protection des Données, B.P. 27, L-2010 Luxembourg.“