

### MUSTER A - ARBEITSUNFALLERKLÄRUNG

Jeder Unfall muss gemeldet werden. Die Erklärung darf vom Opfer, von seinem Rechtsnachfolger, seinem Vorgesetzten oder jedem anderen Interessehabenden abgegeben werden. Vorliegendes Formular muss ausgefüllt und so schnell wie möglich dem zuständigen Dienst Ihrer Verwaltung zugesandt werden. Ab mehr als einem Tag Arbeitsunfähigkeit muss das Muster B (ärztliches Attest) beigefügt werden.

**Die Rubriken II und III werden vom Abgeber der Erklärung ausgefüllt. Die Rubriken I, IV, V und VI werden vom Arbeitgeber ausgefüllt.**

#### I. Angaben über den ARBEITGEBER

1. Bezeichnung der Verwaltung, des Dienstes oder der Einrichtung: ..... Tel.: ...../..... Fax: ...../.....;;  
.....  
2. Straße/Nr./Bfk.: ..... Postleitzahl: |..|..|..|..| Gemeinde: .....  
3. Gegenstand der Verwaltung: ..... NACE BEL-code: |..|..|..|..|..|  
4. Unternehmensnummer: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..| und gegebenenfalls Niederlassungseinheitsnummer: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|

#### II. Angaben über das OPFER

5. Name und Vornamen: .....  
Name des Ehegatten (1): .....  
6. Geburtsdatum (2): ...../...../..... Geschlecht(3):  M  V Sprachrolle: .....  
7. Nummer des Nationalregisters: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..| Staatsangehörigkeit: .....  
8. Nummer der Akte beim zuständigen medizinischen Dienst:.....  
9. Bankkontonummer (4): IBAN .....  
Finanzinstitut: BIC .....  
10. Hauptwohntort: Straße/Nr./Bfk.: .....  
Postleitzahl: |..|..|..|..| Gemeinde: .....

#### III. Angaben über den UNFALL

11. Unfalltag: ..... Datum(2): ...../...../..... ..... Uhr ..... Minuten  
12. Unfallort:  
 in der Verwaltung, dem Dienst oder der Einrichtung an der in Feld 2 erwähnten Adresse  
 auf öffentlicher Straße. Handelt es sich in diesem Fall um einen Verkehrsunfall?  Ja  Nein  
 an einem anderen Ort  
Wenn Sie eines der letzten beiden Kästchen angekreuzt haben, geben Sie die Adresse an (bei zeitlich begrenzter oder ortsveränderlicher Baustelle nur Postleitzahl und Baustellenummer angeben)  
Straße/Nr./Bfk.: .....  
Postleitzahl: |..|..|..|..| Gemeinde: ..... Land: .....  
Baustellenummer: .....  
13. Übte das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls eine Beschäftigung im Rahmen seiner gewöhnlichen Funktion aus?(3)  Ja  Nein  
Wenn nicht, welche Beschäftigung übte es aus?: .....  
Handelt es sich um einen in Artikel 2 Absatz 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 3. Juli 1967 erwähnten Unfall (Unfall, der sich außerhalb der Ausübung des Dienstes ereignet hat, aber von einem Dritten wegen des vom Opfer ausgeübten Amtes verursacht worden ist)?(3)  Ja  Nein  
14. a) In welcher Umgebung (Arbeitsumgebung) befand sich das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls? (z. B. *Wartungsbereich, Viehzuchtstätte, Büro, Schule, Geschäft, Krankenhaus, Parkplatz, Sporthalle, auf dem Dach eines Hotels, Privathaus, Kanalisation, Garten, Autobahn, an Bord eines am Kai liegenden Schiffes, unter Wasser usw.*)  
.....  
.....  
b) Geben Sie die allgemeine Tätigkeit (Arbeitsprozess) oder die Aufgabe (im weiteren Sinne) an, die das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls durchführte: (z. B. *Verarbeitung von Produkten, Lagerung, Arbeitsaufgaben in Land- oder Forstwirtschaft, Arbeitsaufgaben mit lebenden Tieren, Pflege, Hilfe an einer oder mehreren Personen, Ausbildung, Büroarbeit, Kauf, Verkauf usw. ODER die zusätzlichen Aufgaben zu diesen verschiedenen Arbeiten, wie Installation, Demontage, Wartung, Reparatur, Reinigung usw.*)  
.....  
.....  
c) Geben Sie die spezifische Tätigkeit die das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls durchführte (z. B. *Füllen der Maschine, Benutzung von Handwerkzeugen, Führen eines Transportmittels, Ergreifen, Heben, Rollen, Tragen eines Gegenstands, Verschließen einer Dose, eine Leiter hinaufsteigen, gehen, sich hinsetzen usw.*) UND die beteiligten Gegenstände (Gegenstand) (z. B. *Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.*)  
.....  
.....

d) Welche **Abweichungen** vom normalen **Arbeitsablauf** haben zum Unfall geführt? (z. B. elektrische Störung, Explosion, Feuer, Überlaufen, Umkippen, Auslaufen, Entstehen von Gasen, Bersten, Fallen oder Zusammenstürzen von Gegenständen, nicht normales Inbetriebsetzen und Funktionieren einer Maschine, Verlust der Kontrolle über Transportmittel oder Gegenstände, Ausgleiten oder Sturz von Personen, unpassende Handlung, falsche Bewegung, Überraschung, Schreck, Gewalt, Angriff usw.). Geben Sie all diese Ereignisse UND die **beteiligten Gegenstände** (Gegenstand) (z. B. *Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.*) an.

.....

.....

e) Wie ist das Opfer verletzt worden (physische oder psychische Verletzung)? Geben Sie in der Reihenfolge abnehmender Wichtigkeit die verschiedenen **Kontakte**, die die Verletzung(en) verursacht haben (z. B. Kontakt mit elektrischem Strom, einer Wärmequelle oder gefährlichen Stoffen, Ertrinken, verschüttet, begraben werden, von etwas (Gas, Flüssigkeit, Feststoff) umgeben, eingehüllt werden, Aufprallen gegen oder Getroffen werden von einem Gegenstand, Zusammenstoß, Kontakt mit einem scharfen oder spitzen Gegenstand, (Ein)geklammt-, (Ein)gequetscht- oder Zerquetscht werden durch einen Gegenstand, Probleme mit dem Fortbewegungssystem, psychischer Schock, durch ein Tier oder eine Person verursachte Verletzung usw.) UND die **beteiligten Gegenstände** (Gegenstand) (z. B. *Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.*) an:

.....

.....

15. Erste Hilfe geleistet am (2) ...../...../..... um ..... Uhr vom Arzt oder in der Pflegeanstalt:

Name/Bezeichnung: .....

Straße/Nr./Bfk.: ..... Postleitzahl: |..|..|..|..| Gemeinde: .....

16. Protokoll erstellt in ..... am (2) ...../...../..... von .....

17. Name und Adresse des etwaigen Verantwortlichen: .....  
und seines Versicherers: ..... Policennummer: .....

| 18. Zeugen: | Name  | Straße/Nr./Bfk. | Postleitzahl | Gemeinde |
|-------------|-------|-----------------|--------------|----------|
| .....       | ..... | .....           | .. .. .. ..  | .....    |
| .....       | ..... | .....           | .. .. .. ..  | .....    |

Abgeber der Erklärung (Name und Eigenschaft): ..... Unterschrift: .....  
Datum (2): ...../...../.....

**Unfallkarte: Jahr ..... Nr. ....**

Im Falle eines schweren Unfalls benachrichtigt die Verwaltung den für Arbeitssicherheit zuständigen Inspektor des Föderalen Öffentlichen Dienstes Beschäftigung, Arbeit und Soziale Konzertierung gemäß den in Artikel 26 des Königlichen Erlasses vom 27. März 1998 über die Politik des Wohlbefindens der Arbeitnehmer bei der Ausführung ihrer Arbeit (*Belgisches Staatsblatt vom 31. März 1998, deutsche Übersetzung Belgisches Staatsblatt vom 22. Januar 2000*) vorgesehenen Modalitäten.

19. **Art des Unfalls**<sup>(3)</sup>:  Arbeitsunfall  Wegeunfall  Unfall außerhalb der Ausübung des Amtes, der von Dritten wegen des durch das Opfer ausgeübten Amtes verursacht wird (Art. 2 Abs. 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 3. Juli 1967)

**IV. G Angaben über den ARBEITGEBER**

20. Adresse der Abteilung oder des Dienstes, der beziehungsweise dem das Opfer angehört: Straße/Nr./Bfk.: .....  
..... Postleitzahl: |..|..|..|..| Gemeinde: .....

21. Externer Dienst zur medizinischen Überwachung - Bezeichnung: .....  
Straße/Nr./Bfk.: ..... Postleitzahl: |..|..|..|..| Gemeinde: .....

22. Gesamtanzahl der am Ende des Monats vor dem Unfall in der Abteilung, der Einrichtung, der Gemeinde, dem ÖSHZ, der Anstalt usw. beschäftigten Personalmitglieder:.....

23. Gesamtanzahl Arbeitstage, die seit Beginn des Jahres bis zum Ende des Monats vor dem Unfall geleistet worden sind: .....

**V. Angaben über das OPFER und den UNFALL**

24. Tag des Dienstantritts des Opfers<sup>(2)</sup>: ...../...../.....

25. Dauer der Einstellung:  unbefristet  befristet

26. Ist das Datum des Dienstaustritts bekannt?  Ja  Nein Wenn ja, Datum des Dienstaustritts <sup>(2)</sup>: ...../...../.....

27. Art der Beschäftigung:  vollzeitlich  teilzeitlich

28. Berufskategorie <sup>(3)</sup>:  definitiv ernannter  Vertragsbediensteter  Personalmitglied auf Probe  Ausbildung für bezahlte Arbeit  andere Kategorie (näher angeben): .....

29. Gewöhnliche Funktion innerhalb der Verwaltung: ..... ISCO-code : |..|..|..|

30. Wie lange übte das Opfer diesen Beruf in der Verwaltung, im Dienst oder in der Einrichtung aus?  
 weniger als eine Woche  eine Woche bis einen Monat  einen Monat bis ein Jahr  mehr als ein Jahr

31. An welcher Art Arbeitsplatz befand sich das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls? <sup>(5)</sup>:
- gewöhnlicher Arbeitsplatz oder gewöhnliche örtliche Einheit
  - vorübergehender oder mobiler Arbeitsplatz oder Reise im Auftrag des Arbeitgebers
  - anderweitiger Arbeitsplatz
32. Tag, an dem der Arbeitgeber benachrichtigt worden ist <sup>(2)</sup>: ...../...../.....
33. Uhrzeiten, zu denen das Opfer am Unfalltag zu arbeiten hatte: von ..... Uhr bis ..... Uhr und von..... Uhr bis..... Uhr
34. Bemerkungen über die Begleitumstände und die materiellen Ursachen des Unfalls (Angaben, die der Erklärung des Opfers hinzugefügt werden müssen):
- .....
- .....
- .....
- .....

### VI. Angaben über die VORBEUGUNG

35. Tätigkeit der Abteilung oder des Dienstes, wo das Opfer gewöhnlich seine Funktion ausübt:
- .....
36. Übte das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls eine Beschäftigung im Rahmen seiner gewöhnlichen Funktion aus? <sup>(3)</sup>  Ja  Nein  
 Wenn nicht, welche Beschäftigung übte es aus?: .....
- Handelt es sich um einen in Artikel 2 Absatz 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 3. Juli 1967 erwähnten Unfall? <sup>(3)</sup>  Ja  Nein
37. Arbeitsprozess: ..... Code <sup>(8)</sup>: |..|..|
38. Letzte Abweichung, die zum Unfall geführt hat: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|
39. Gegenstand dieser Abweichung: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..| |..|..|
40. Kontakt - Art der Verletzung: ..... Code <sup>(8)</sup>: |..|..|
41. Verletzung - Art <sup>(7)</sup>(6): ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|..| Sitz <sup>(7)</sup>(6): ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|
42. Folgen des Unfalls <sup>(7)</sup>(6):
- keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit und keine Prothesen vorzusehen
  - keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, aber Prothesen vorzusehen
  - zeitweilige Arbeitsunfähigkeit
  - vorzusehende bleibende Arbeitsunfähigkeit: der vorgesehene Prozentsatz bleibender Unfähigkeit beträgt: .....%
  - Tod, Todesdatum <sup>(2)</sup>: ...../...../.....
43. Einstellung der Berufstätigkeit – Datum <sup>(2)</sup>: ...../...../..... ..... Uhr ..... Minuten
44. Datum der tatsächlichen Wiederaufnahme der Arbeit <sup>(2)</sup>: ...../...../.....
- Wenn die Arbeit noch nicht wiederaufgenommen wurde, wahrscheinliche Dauer der zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit ..... Tage
45. Welche Schutzmittel trug das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls?
- keine  Helm  Handschuhe  Sicherheitsbrille  Gesichtsschutzschirm
  - Schutzweste  Warnkleidung  Gehörschutz  Sicherheitsschuhe
  - Atemschutzmaske mit Luftzufuhr  Atemschutzmaske mit Filter  gewöhnlicher Mundschutz
  - Absturzsicherung  andere: .....
46. Zur Vermeidung ähnlicher Unfälle getroffene oder zu treffende Vorbeugungsmaßnahmen:
- ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|
- ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|
- ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

Abgeber der Erklärung für die Behörde (Name und Eigenschaft): ..... Name des Gefahrenverhütungsberaters: .....

Datum <sup>(2)</sup>: ...../...../..... Unterschrift: .....

Unterschrift: .....

- (1) = Fakultativ
- (2) = Tag/Monat/Jahr
- (3) = Zutreffendes ankreuzen
- (4) = Pflichtformat ab 2011. Bis 2010 können Sie Ihre Kontonummer im 12-stelligen Format mitteilen.
- (5) = Nicht ausfüllen, wenn es sich um einen Wegeunfall handelt.
- (6) = Diese Informationen finden Sie in den Tabellen von Anlage IV zum Königlichen Erlass vom 27. März 1998 über den Internen Dienst für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz (*Belgisches Staatsblatt vom 31. März 1998, deutsche Übersetzung Belgisches Staatsblatt vom 15. September 2000*).
- (7) = Diese Informationen finden Sie im ärztlichen Attest.
- (8) = Siehe die im Königlichen Erlass vom 19. April 1999 zur Festlegung der dem Fonds für Berufsunfälle mitzuteilenden Angaben der Unfallerklärung aufgenommene Liste.