

Ärendenummer, fylls i av ÅLR:

1 Uppgifter lämnade av	
Namn:	Telefonnummer:
Adress:	E-postadress:
2 Tilläggsuppgifter lämnade av	
Namn:	Telefonnummer:
Adress:	E-postadress:
3 Uppgifter om den skadade	
<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Annan	
Ålder:	
Yrke:	
Yrkesutbildning inom elområdet:	
<input type="checkbox"/> Fackman inom elbranschen <input type="checkbox"/> Instruerad person <input type="checkbox"/> Lekman	
4 Händelse	
Händelse:	
Tid, datum och plats för händelsen:	
5 Beskrivning av olyckshändelsen	
Hur händelsen gick till, följderna, orsakerna till olyckan, hur man undviker liknande olyckor:	

Ärendenummer, fylls i av ÅLR:

6 Typ av händelse
<input type="checkbox"/> Arbetsolycka <input type="checkbox"/> Olycka under fritid <input type="checkbox"/> Olycka vid vistelse i närheten av elanläggning
7 Platsen för olyckan
<input type="checkbox"/> Industriområde, elbolags kopplingsstation <input type="checkbox"/> Trafik-, kontors- eller annan offentlig byggnad <input type="checkbox"/> Bostadsbyggnad <input type="checkbox"/> Utomhus <input type="checkbox"/> Annan, vad:
8 Vad som orsakat olyckan
<input type="checkbox"/> Belysning <input type="checkbox"/> Skarv- eller anslutningskabel <input type="checkbox"/> Hushållsmaskin eller hemelektronik <input type="checkbox"/> Värmare <input type="checkbox"/> Annat, vad:
9 Spänning, typ och storlek
Växelspänning <input type="checkbox"/> $U \leq 1000 \text{ V}$ <input type="checkbox"/> $1000 \text{ V} < U \leq 24 \text{ kV}$ <input type="checkbox"/> $U > 24 \text{ kV}$ Likspänning <input type="checkbox"/> $U \leq 1500 \text{ V}$ <input type="checkbox"/> $U > 1500 \text{ V}$
10 Orsak till olyckan
<input type="checkbox"/> Ny ibruktagen utrustning eller utrustningens konstruktionsfel <input type="checkbox"/> I användning farlig apparat eller utrustning (på grund av ålder) <input type="checkbox"/> Felaktigt handhavande eller mänsklig faktor <input type="checkbox"/> Annan, vad:
11 Skadans uppkomst
<input type="checkbox"/> Strömgenomgång i kroppen (elstöt) <input type="checkbox"/> Fall orsakat av elstöt eller annat <input type="checkbox"/> Ljusbåge <input type="checkbox"/> Annan, vad:
12 Sjukvård
<input type="checkbox"/> Inget vårdbesök / Vårdbesök men ingen sjukdag <input type="checkbox"/> Vårdbesök och 1-30 sjukdagar <input type="checkbox"/> Över 30 sjukdagar <input type="checkbox"/> Dödsfall
13 Datum och underskrift