

Erhvervssygdom

Til indberetning af formodet eller konstateret erhvervssygdom til BUPL.

- Skemaet kan udfyldes i samarbejde med din lokale fagforening.
- Oplysningerne i indberetningsskemaet bruges til at registrere hvilke arbejdsskader pædagoger udsættes for. Viden om arbejdsskader giver BUPL et godt grundlag for det forebyggende arbejdsmiljøarbejde.

A. Personlige oplysninger

Cpr.nr.: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

E-mailadresse: _____

Telefon privat: _____

Stilling: Leder (ikke souschef) Ikke leder

Ansættelsesgrundlag på skadestidspunktet:

- Pædagog- eller lederoverenskomsten
- PFF-overenskomsten
- SLOK
- Reglementet af 1976
- Andet ansættelsesgrundlag

Arbejdsplads på skadestidspunktet:

- Vuggestue
- Børnehave
- Integreret institution
- SFO/Fritidshjem
- Klub
- Skole
- Anden pædagogisk arbejdsplads (f.eks. støttepædagogkorps og familiebehandling)
- Uden for fagets område

Adresse på Arbejdsplads hvor skaden skete:

Navn på Institution: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Kommune: _____

Ugentlig arbejdstid: _____ timer

B. Oplysninger om skaden

Hvornår blev du opmærksom på, at din sygdom kan være arbejdsbetinget?

Måned: _____ År: _____

Beskriv den påvirkning, du mener, er årsag til sygdommen: _____

(vedlæg gerne uddybet beskrivelse)

Er sygdommen anmeldt til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) ja nej

Er der frister i sagen? ja nej

Hvis ja, hvilken frist drejer det sig om: Spørgeskema Partshøring Anke Andet

Fristdato: _____

C. Skadens følger

Er der stillet en diagnose? ja nej

Hvis ja, hvilken: _____

Hvilke symptomer har du: _____

Har du være sygemeldt? ja nej

Hvis ja, dato for første sygedag: _____

Dato for evt. raskmelding: _____

Mener du selv, at du vil få varige mén? ja nej

Hvis ja, hvilke: _____

Eventuelle andre følger:
(f.eks. afsked, omplacering, revalidering) _____

Er der andre på din arbejdsplads med samme sygdom / symptomer:

ja

nej

Har du fået dine behandlingsudgifter refunderet?

ja

nej

ingen udgifter

D. Øvrige oplysninger

Mener du, at nogen kan gøres ansvarlig for din skade?

ja

nej

Har du på grund af din skade været i forbindelse med:

Privat forsikringselskab

Hvis ja, navn på forsikringselskabet: _____

E. Bistand til sagens behandling

Ønsker du BUPLs hjælp til behandlingen af din arbejdsskadesag? ja

nej

Dato: _____ Underskrift: _____

Vedlæg kopi af relevant materiale, f.eks.

- anmeldelse til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES)
- kopi af afgørelse fra AES eller brev, hvor der er en aktuel 4 ugers frist

FULDMAGT
(Fuldmagtskode 21)**Jeg giver hermed**

BUPL Forbund, Sundkrogskaj 20, 2100 København Ø

Tlf. 35465000, e-mail; arbejdsskade@bupl.dk

Fuldmagt

Til på mine vegne at begære aktindsigt i min arbejdsskadesag samt på mine vegne at indhente og videregive oplysninger til brug for behandling af min arbejdsskadesag, herunder helbredsmæssige, økonomiske, sociale forhold mv. Jeg beholder fortsat selv retten til at træffe beslutninger om sagsskridt som anke, genoptagelse mv.

Fuldmagt til sagens behandling i Ankestyrelsen – med begrænsede rettigheder

- At få kopi af afgørelser
- At få kopi af lægekonsulentens udtalelse

Ovenstående betyder at BUPL ikke er partsrepræsentant i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring eller Ankestyrelsen.

Navn:.....

Adresse.....

Postnr. og by:.....

Cpr.nr.:.....

Telefon:.....

e-mail:.....

Dato og underskrift.....