

# Ulykke

# BUPL

Indberettet fra BUPL i \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

## Til indberetning af pludselig opstået arbejdsskade - ulykke - 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 (OK for det forebyggende og dagbehandlende område og særlige stillinger)
- SLOK (OK for Frie Grundskoler, Dansk Friskoleforening, Servicebranchens Arbejdsgiverforening, Fonden Frie Børnehaver, Frie Børnehaver § 11a, Vikar-OK)
- 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: \_\_\_\_\_

Postnr. og by: \_\_\_\_\_

Kommune: \_\_\_\_\_

Er institutionen:  kommunal  selvejende/privat

Ugentlig arbejdstid: \_\_\_\_\_ timer

## B. Oplysninger om skaden

Skadesdato: \_\_\_\_\_

Klokkeslæt: \_\_\_\_\_

Hvor skete skaden? f.eks. legeplads, koloni, køkken): \_\_\_\_\_

Hvad skete der: \_\_\_\_\_

Var der vidner til skaden?  ja  nej

Hvis ja, hvem (navn og adresse): \_\_\_\_\_

Er ulykken anmeldt til  ja  nej

arbejdsgivers forsikrings-  
selskab:

Hvis ja, oplys navn på forsikringsselskab:

Er ulykken anmeldt til  ja  nej

Arbejdsmarkedets Erhvervs sikring (AES) :

Er der frister i sagen? (f.eks.  ja  nej Frist dato: \_\_\_\_\_

besvarelse af skema, parts-  
høring eller anke)

hvis ja, hvilken frist drejer det sig om:

Spørgeskema  Afgørelse / Anke  Partshøring   
(vedlæg evt. kopi af brev, hvor fristen fremgår)

## C. Skadens følger

Er der følger efter skaden?  ja  nej

Hvis ja, hvilke: \_\_\_\_\_

Har du været sygemeldt?  ja  nej

Hvis ja, dato for første sygedag: \_\_\_\_\_

Dato for evt. raskmelding: \_\_\_\_\_

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

Hvis ja, hvilken: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Har du fået dine behandlingsudgifter refunderet?  ja  nej  ingen udgifter

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

Har du på grund af din skade været i forbindelse med  privat forsikringsselskab  
 pensionskasse  
 andet: \_\_\_\_\_

Navn på Forsikringsselskab: \_\_\_\_\_

Har du tidligere været ude for en arbejdsskade? Hvis ja, hvilken slags skade:  ja  nej  
\_\_\_\_\_

Blev den anmeldt?  ja  nej Blev den anerkendt  ja  nej

### 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 Arbejdsmarkedets Erhvervssikring eller brev hvor der er en aktuel 4 ugers frist
- politirapport

## FULDMAGT (Fuldmagtskode 21)

### Jeg giver hermed

BUPL Forbund, Sundkrogskaj 20, 2100 København Ø

Tlf. 35465000, e-mail; [arbejdsskade@bupl.dk](mailto: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 sagskridt 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.....