

B U P L



Erhvervssygdom

Indberettet fra BUPL i _____

Dato: _____

Til indberetning af formodet eller konstateret erhvervssygdom til BUPL.

- Skemaet 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.
- Hvis du ønsker BUPLs hjælp i din arbejdsskadesag sendes indberetningen til BUPL Forbundet, hvor oplysningerne også bruges ved oprettelsen af din sag.

A. Personlige oplysninger

Cpr.nr.: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

E-mailadresse: _____

Telefon privat: _____

Telefon arbejde: _____

(udfyldes kun hvis vi må kontakte dig på arbejdet)

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: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Kommune: _____

Er institutionen: kommunal selvejende/privat

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
(f.eks. besvarelse af spørgeskema, partshøring eller anke)

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

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

Er din arbejdsmiljø- eller tillidsrepræsentant vidende om din arbejdsskade og dens årsager? ja nej

Er der foretaget en Arbejds-PladsVurdering (APV): ja nej

Har der i APV'en været fokus på de påvirkninger du beskriver som årsag: ja nej

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: _____

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

Blev den anmeldt: ja nej

Hvis ja, med hvilket resultat: uafsluttet anerkendt ikke anerkendt

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 videregive oplysninger om 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.....