

Läs bifogad hjälpinformation samtidigt som blanketten fylls i (FK 9238).

Datum för anmälan (helt årtal, månad, dag)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- På den här blanketten anmäls olycksfall i arbetet, olycksfall vid färd till eller från arbetet och sjukdom eller annan ohälsa som uppkommit i arbetet. Här anmäls även skador bland värnpliktiga m.fl. (LSP)
- Arbetsgivaren eller motsvarande ska anmäla arbetsskadan till Försäkringskassan.
- Anmälan skickas till:  
Försäkringskassans inläsningscentral  
LAF  
831 88 ÖSTERSUND

- Arbetsgivaren ska enligt Arbetsmiljöverkets regler och föreskrifter utreda ohälsa och olycksfall.
- Försäkringskassan bekräftar inkommen anmälan med skrivelse till den skadade och skickar anmälan till Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket använder anmälan för att förebygga skador och för att redovisa arbetsskadestatistik.
- Blanketten finns även på Internet under adress [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

**Datum när olyckan inträffade eller då sjukdomen konstaterades**

Vid sjukdom anges första frånvarodagen eller första läkarbesök med anledning av anmäld skada

Helt årtal                      Månad                      Dag

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**1. Vem är den skadade?**

1.1 Efternamn och tilltalsnamn		1.2 Personnummer (år, månad, dag, nr)	
1.3 Utdelningsadress		1.4 Telefonnummer (även riktnummer)	
1.5 Postnummer	1.6 Postort		
1.7 Anställningsform eller sysselsättning			
<input type="checkbox"/> 1. Fast anställd/Tillsvidare anställd		<input type="checkbox"/> 7. LSP: Totalförsvaret samt kriminalvården	
<input type="checkbox"/> 2. Tidsbegränsad anställning		Skyddstid fr.o.m. (helt årtal, månad, dag)	
<input type="checkbox"/> 3. Egen företagare/Familjemedlem			
<input type="checkbox"/> 4. Ombordanställd		Skyddstid t.o.m. (helt årtal, månad, dag)	
<input type="checkbox"/> 5. Arbetsmarknadspolitiskt program			
<input type="checkbox"/> 6. Studerande (ej praktikant med anställning)			
1.8 Yrke eller för LSP personkategori		1.9 Anställd i företaget (år, månad)	1.10 Antal år i yrket
1.11 Huvudsakliga arbetsuppgifter			

**2. Arbetsgivare/Egen företagare/Myndighet eller motsvarande och arbetsställe eller fartyg**

2.1 Arbetsgivare/Egna företagets namn		2.2 Organisationsnummer	
2.3 Arbetsställets namn fylls i om företaget/myndigheten har flera arbetsställen, även ev. avdelning. För fartyg anges namn och typ			
2.4 Utdelningsadress (gata, box e.d.)		2.5 Telefonnummer (även riktnr)	
2.6 Postnummer	2.7 Postort	2.8 Signal/reg.nr (ifylles för ombordanställda)	
2.9 Huvudsaklig verksamhet vid arbetsstället (se punkt 2.3)			
2.10 Arbetsställe där skadan inträffat om det är annat under punkt 2.1 eller 2.3		Telefonnummer (även riktnr)	
2.11 Arbetsgivare där skadan inträffat om det är annan än under punkt 2.1			

**Fortsättning på nästa sida!**

## 3. Vilken typ av arbetsskada eller personskada gäller anmälan?

1. **Olycksfall** → Gå till avsnitt 4
2. **Färdolycksfall** vid färd till eller från arbetsplatsen/vid in- eller utryckning för LSP → Gå till avsnitt 4
3. **Sjukdom** eller annan ohälsa (ej olycksfall) → Gå till avsnitt 5
4. **Fritidsskada** för LSP och fritidsskada som inträffat ombord för anställda på fartyg → Fylls i som vid olycksfall eller sjukdom, se punkt 1 eller 3

## 4. Hur gick olyckan till?

4.1 **Var inträffade olyckan?** Preciserar plats (t.ex. spår område, kök, lastkaj, enskilt hem, skjutbana, skogsmark, verkstad)

4.2 **Vad** var den skadade **sysselsatt** med då olyckan inträffade? (Specificera arbetsuppgift, arbetsmoment)

4.3 **Vad hände?** Beskriv olycksförloppet steg för steg

4.4 **Vad** sammanfattar olyckan i punkt 4.3 bäst? (Ange ett av alternativen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Elolycka, brand, explosion, sprängning                                 | <input type="checkbox"/> 8. Skadad av person (fysiskt, även oavsiktligt)                    |
| <input type="checkbox"/> 2. Kontakt (även inandning) kemiskt ämne eller smittämne                  | <input type="checkbox"/> 9. Skadad av djur  |
| <input type="checkbox"/> 3. Den skadade föll   | <input type="checkbox"/> 10. Fysisk överbelastning (lyft eller ansträngande/häftig rörelse) |
| <input type="checkbox"/> 4. Den skadade slog eller stötte emot något (ej vid fall)                 | <input type="checkbox"/> 11. Psykisk överbelastning (hot, chock)                            |
| <input type="checkbox"/> 5. Skadad av maskin, maskindel eller föremål i rörelse (mekanisk rörelse) | <input type="checkbox"/> 12. Snedtramp, feltramp, "spik"-tramp (ej fall)                    |
| <input type="checkbox"/> 6. Skadad av fallande/flygande föremål (ej egen hantering)                | <input type="checkbox"/> 13. Fordonsolycka eller påkörd                                     |
| <input type="checkbox"/> 7. Skadad av hanterat föremål (egen hantering)                            | <input type="checkbox"/> Annat, ange vad _____  |

4.5 **Vilka** maskiner, redskap, apparater, kemikalier, smittämnen, skyddsutrustning e.d. var inblandade i olyckan?

Fabrikat/typbeteckning, tillverkningsår (i förekommande fall)

Kemikalies funktion (t.ex. härdare av lim)

Produktnamn eller kemiskt namn

4.6 **Varför** hände olyckan? Ange omständigheter som medverkade eller hade betydelse för händelsen (t.ex. lyfthjälpmiddel/utrustning ej till hands, felmanöver, missförstånd, skyddsutrustning saknades, för få personer för arbetsuppgiften, stark tidspress, instruktioner ej kända eller uppdaterade, bristfällig träning för uppgiften, ej kartlagd risk i förändrings-/ombyggnadsarbete.

## 5. Vad har orsakat sjukdomen/ohälsan?

5.1 Beskriv utförligt vilka arbetsförhållanden eller arbetsuppgifter som misstänks vara orsak till besvären, t.ex. hur ofta lyft förekommit och hur tunga de var. Vid psykosociala eller organisatoriska arbetsmiljöproblem beskrivs problemen. Den skadade kan själv fylla i händelseförloppet.

5.2 **Specificera vilka** faktorer som **misstänks vara trolig orsak till besvären**, såsom kemikalier, smittämnen, vad är tungt, maskiner, redskap, utrustning, inredning, psykosociala och organisatoriska faktorer ed.

Fabrikat/typbeteckning, tillverkningsår (i förekommande fall)

Kemikaliens funktion (t.ex. härdare av lim)

Produktnamn eller kemiskt namn

5.3 **Markera** vad som bäst beskriver orsaken/ohälsan? (Ev. mer än ett alternativ)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Ergonomiska faktorer (t.ex. ensidigt upprepat arbete, statisk belastning, knästående arbete)        | <input type="checkbox"/> 4. Smitta (t.ex. bakterier, virus)  |
| <input type="checkbox"/> 2. Kemiska/biologiska ämnen eller faktorer, exkl. smitta (t.ex. färg, lim, lösningsmedel, mögel, damm) | <input type="checkbox"/> 5. Psykosociala eller organisatoriska orsaker (t.ex. omorganisation hög arbetsbelastning, konflikt, mobbing, påfrestande klientkontakt) |
| <input type="checkbox"/> 3a. Buller   | <input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken _____  |
| <input type="checkbox"/> 3b. Andra fysikaliska faktorer (t.ex. vibrationer, värme, strålning, drag)                             | _____  |

**6. Beskriv personskadans omfattning.**

6.1 Vilka skador eller besvär har olyckan/sjukdomen medfört?  
Vid olycka: t.ex. sår, frätskada, förlust av kroppsdel, psykisk reaktion.  
Vid sjukdom: t.ex. hudpåverkan, problem i luftvägarna, smärta, mår psykiskt dåligt.

6.2 Ange den skadade kroppsdel eller där besvären huvudsakligen sitter. Om flera, ange den allvarligaste först.

6.3 Trolig frånvaro	Vid dödsfall. Ange datum (helt årtal, mån, dag)	6.4 Antal sjuklöne- dagar
<input type="checkbox"/> Ingen frånvaro <input type="checkbox"/> 1-3 dagar <input type="checkbox"/> 4-14 dagar <input type="checkbox"/> Längre frånvaro <input type="checkbox"/> Dödsfall	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**7. Ange åtgärder som förhindrar upprepande av skada**

	Åtgärden genomförd	Åtgärden ej genomförd
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har skyddsombudet deltagit i utredningen?  Ja  Nej      Om nej, varför inte?

**8. Underskrift**

Arbetsgivarens (arbetsföreståndarens)/Egna företagarens underskrift
Namnförtydligande

**Härav har jag tagit del**

Skyddsombudets namnteckning
Den skadades namnteckning

**Försäkringskassans anteckningar/beslut**

Personnummer	Antal sjukpenningdagar	<input type="checkbox"/> sjukfallet pågår
Diagnos enligt läkarintyg/-utlåtande		
<input type="checkbox"/> 1. Godkänd <input type="checkbox"/> 2. Avslag	Datum	<input type="checkbox"/> 172 NY <input type="checkbox"/> 172 ÄN    Datum
FK nr, ankomstdatum		<input type="checkbox"/> Kopia skickad till AV