

Sammanställning av olyckor, allvarliga tillbud och sjukdomar som beror på arbetet

Datum	Namn	Vad hände ?	Effekt/personskada (endast vid olycksfall och sjukdom)	Antal sjukskrivn dgr	Åtgärder	Anm. fill FK Datum	Anm. till yrkesinsp. Datum

Rapporterad till FG datum: