

Opplysninger om vegtrafikkulykke eller -uhell

Felles skjema for fører, eier og/eller bruker av involvert kjøretøy

Utfylt skjema sendes:

Statens havarikommisjon
Postboks 213
2001 LILLESTRØM
post@nsia.no

GENERELLE OPPLYSNINGER

Ulykkes-/uhellsdato (dd.mm.åååå):	Tidspunkt:	Ulykkes-/uhellssted:	Fylke	Vegnr:
-----------------------------------	------------	----------------------	-------	--------

OPPLYSNINGER OM TRANSPORTEN

Transportfirma (navn):	Daglig leder (navn):	Adresse:
Postnummer / -sted / land:	E-postadresse:	Telefonnummer:

Oppdragsgiver (navn):	Daglig leder (navn):	Adresse:
Postnummer / -sted / land:	E-postadresse:	Telefonnummer:

Transportens art/formål:	<input type="checkbox"/> Person Antall passasjerer (spesifiser):	<input type="checkbox"/> Gods Type og mengde last (spesifiser):
	<input type="checkbox"/> Løyvepliktig Løyvenummer (spesifiser):	<input type="checkbox"/> Egentransport <input type="checkbox"/> Skole/øvelse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Annet (spesifiser):
Oppdragstype:	<input type="checkbox"/> Fast oppdrag <input type="checkbox"/> Enkelt oppdrag	
Eventuelle tilleggs kommentarer:		

OPPLYSNINGER OM KJØRERUTE

Startsted:	Starttidspunkt:	Bestemmelsessted:	Planlagt ankomsttidspunkt:
Hvilke tidskrav ble stilt til transporten?			
Hvilken kjennskap hadde fører til den aktuelle kjørerute?			
Eventuelle tilleggs kommentarer:			

OPPLYSNINGER OM KJØRETØYET

Type kjøretøy med eventuell tilhenger:	Kjennemerke:	Årsmodell:
Tidspunkt for siste ettersyn/service:	Tidspunkt for siste periodiske kontroll, eventuell utekontroll:	
Har kjøretøyet serviceavtale, og eventuelt med hvem:		
Kjennskap til feil og/eller mangler ved kjøretøyet, og eventuelt hvilke:		
Eventuelle tilleggskommentarer:		

BESKRIVELSE AV SKADER PÅ KJØRETØYET

Skal kjøretøyet repareres?		Hvis "ja", av hvem? Navn:
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ukjent
Navn på forsikringsselskap:		

OPPLYSNINGER OM FØRER**Personlige opplysninger**

Fødselsdato:	Navn (etternavn, fornavn, mellomnavn):	Adresse:	
Postnummer / -sted / land:	E-postadresse:	Telefonnummer:	
Nasjonalitet:	Førerkortklasser:	Utstedt dato:	Utløpsdato:
Kompetansebevis foruten førerkort:			Antall år som yrkessjåfør:
Medisinske begrensninger:			
Eventuelle tilleggskommentarer:			

Arbidsforhold

Arbeidsgiver:		Ansettelsestid nåværende arbeidsforhold:	
Type ansettelsesforhold:	<input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig	Avlønning:	<input type="checkbox"/> Time <input type="checkbox"/> Km <input type="checkbox"/> Tur <input type="checkbox"/> Fastlønn <input type="checkbox"/> Annet (spesifiser):
Eventuelle tilleggskommentarer:			

Kjøre- og hviletid (gjelder tiden frem til ulykken/uhellet)

Antall timer siden siste pause	
Antall timer siden siste døgnhvile	
Tidspunkt for arbeidsdagens start	
Siste søvnperiodes lengde	
Gjennomsnittlig antall timer søvn per døgn siste uke	

Arbeidsbelastning (gjelder tiden frem til ulykken/uhellet)

Arbeidstimer siste 24 timer	
Arbeidstimer siste 7 dager	
Arbeidstimer siste 30 dager	

Måltider (gjelder tiden frem til ulykken/uhellet)

Antall måltider siste døgn	
Antall timer siden siste måltid	

SIKKERHETSOPPLYSNINGER

Hvilke sikkerhetssjekker ble foretatt før transporten startet? Eventuelt underveis?
Hvordan var eventuell last sikret?
Hvilke krav ble satt for sikring av den aktuelle lasten?
Hvilke øvrige sikkerhetsmessige krav ble stilt til transporten?
Hvordan er forholdene lagt til rette for at arbeidet og transporten kan skje på en sikker måte?
Hvordan følger arbeidsgiver opp arbeidstids-, kjøre- og hviletidsbestemmelser for sjåførene?
Eventuelle tilleggskommentarer:

TIDLIGERE ULYKKER/UHELL

Antall ulykker/uhell i virksomheten i forbindelse med transport med personskader eller omfattende materielle skader:
Antall ulykker/uhell med aktuell fører i forbindelse med transport med personskader eller omfattende materielle skader:
Eventuelle tilleggskommentarer:

BILBELTEBRUK

Bilbeltebruk fører	I bruk	<input type="checkbox"/>	Bilbeltebruk eventuelle passasjerer	I bruk	<input type="checkbox"/>
	Ikke i bruk	<input type="checkbox"/>		Ikke i bruk	<input type="checkbox"/>
	Ikke installert	<input type="checkbox"/>		Ikke installert	<input type="checkbox"/>
Eventuelle tilleggskommentarer:					

KONTAKTINFORMASJON

Verneombud (navn):	E-postadresse:	Telefonnummer:
HMS-leder (navn):	E-postadresse:	Telefonnummer:
Sikkerhetsrådgiver for farlig gods (navn):	E-postadresse:	Telefonnummer:

