

Opplysningar om vegtrafikkulykke eller -uhell

Felles skjema for førar, eigar og/eller brukar av involvert køyretøy

Sendast til:

Statens havarikommisjon
Postboks 213
2001 LILLESTRØM
post@nsia.no

GENERELLE OPPLYSNINGAR

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

OPPLYSNINGAR OM TRANSPORTEN

Transportfirma (namn):	Daglig leiar (namn):	Adresse:
Postnummer / -stad / land:	E-postadresse:	Telefonnummer:

Oppdragsgivar (namn):	Daglig leiar (namn):	Adresse:
Postnummer / -stad / land:	E-postadresse:	Telefonnummer:

Transport, art og formål:	<input type="checkbox"/> Person Passasjertal (spesifiser):	<input type="checkbox"/> Gods Type og mengd last (spesifiser):
	<input type="checkbox"/> Løyvepliktig Løyvenummer (spesifiser):	<input type="checkbox"/> Eigentransport <input type="checkbox"/> Skole/øvelse <input type="checkbox"/> Privat
Oppdragstype:	<input type="checkbox"/> Fast oppdrag <input type="checkbox"/> Enkelt oppdrag	
Eventuelle tilleggskommentarar:		

OPPLYSNINGAR OM KØYRERUTE

Startstad:	Starttidspunkt:	Bestemmelsesstad:	Planlagd framkomst, tidspunkt:
Kva tidskrav vart stilt til transporten?			
Kva kjennskap hadde førar til den aktuelle køyreruta?			
Eventuelle tilleggskommentarar:			

OPPLYSNINGAR OM KØYRETØYET

Type køyretøy med eventuell tilhengjar:	Kjennemerke:	Årsmøll:
Tidspunkt for siste ettersyn/service:	Tidspunkt for siste periodiske kontroll, eventuell utekontroll:	
Har køyretøyet serviceavtale, og eventuelt med kven:		
Kjennskap til feil og/eller manglar ved køyretøyet, og eventuelt kva for slike:		
Eventuelle tilleggskommentarar:		

SKILDRING AV SKADAR PÅ KØYRETØYET

Skal køyretøyet reparerast? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent		Dersom "ja", av kven? Namn:
Namn på forsikringsselskap:		

OPPLYSNINGAR OM FØRAREN**Personlege opplysningar**

Fødselsdato:	Namn (etternamn, fornamn, mellomnamn):	Adresse:	
Postnummer / -stad / land:	E-postadresse:	Telefonnummer:	
Nasjonalitet:	Førarkortklasser:	Utskrive dato:	Utløpsdato:
Kompetansebevis forutan førarkort:			År som yrkessjåfør:
Medisinske restriksjonar:			
Eventuelle tilleggskommentarar:			

Arbeidstilhøve

Arbeidsgivar:		Tid som tilsett i noverande arbeidstilhøve:	
Type tilsettingsforhold:	<input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Mellombels	Lønnsutbetaling:	<input type="checkbox"/> Time <input type="checkbox"/> Km <input type="checkbox"/> Tur <input type="checkbox"/> Fastlønn <input type="checkbox"/> Anna (spesifiser):
Eventuelle tilleggskommentarar:			

Køyre- og kviletid (gjelder tiden fram til ulykka/uhellet)

Timar sidan siste pause	
Timar sidan siste døgnkvil	
Tidspunktet arbeidsdagen starta	
Lengd på siste søvnperiode	
Gjennomsnittleg tal på timar søvn per døgn siste veke	

Arbeidsbelastning (gjelder tiden fram til ulykka/uhellet)

Arbeidstimar siste 24 timar	
Arbeidstimar siste 7 dagar	
Arbeidstimar siste 30 dagar	

Måltid (gjelder tida fram til ulykka/uhellet)

Tal på måltid siste døgn	
Timar sidan siste måltid	

TRYGGLEIKSOPPLYSNINGAR

Kva tryggleikssjekk var gjort før transporten starta? Eventuelt undervegs?
Korleis var eventuell last sikra?
Kva krav vart sett for sikring av den aktuelle lasta?
Kva andre tryggleiksmessige krav vart stilt til transporten?
Korleis er tilhøva lagd til rette for at arbeidet og transporten kan skje på ein trygg måte?
Korleis følger arbeidsgivar opp arbeidstids-, køyre- og kviletidsbestemmingar for sjåførane?
Eventuelle tilleggskommentarar:

TIDLEGARE ULYKKAR/UHELL

Tal på ulykker/uhell i verksemda i samband med transport med personskadar eller omfattande materielle skadar:
Tal på ulykker/uhell med den aktuelle føraren i samband med transport med personskadar eller omfattande materielle skadar:
Eventuelle tilleggskommentarar:

BILBELTEBRUK

Bilbeltebruk førar	I bruk	<input type="checkbox"/>	Bilbeltebruk eventuelle passasjerar	I bruk	<input type="checkbox"/>
	Ikkje i bruk	<input type="checkbox"/>		Ikkje i bruk	<input type="checkbox"/>
	Ikkje installert	<input type="checkbox"/>		Ikkje installert	<input type="checkbox"/>
Eventuelle tilleggskommentarar:					

KONTAKTINFORMASJON

Verneombod (namn):	E-postadresse:	Telefonnummer:
HMS-leiar (namn):	E-postadresse:	Telefonnummer:
Tryggleiksrådgivar for farleg gods (namn):	E-postadresse:	Telefonnummer:

