

1. UPPGIFTER OM ARBETS- GIVAREN	Arbetsgivarens namn (företagets officiella namn)			
	Utdelningsadress		Postnummer	Adressort
	Telefon		FO-nummer	
	Bransch		Försäkringsnummer	
	Bankförbindelse: kontonummer i IBAN-format		Enhet eller avdelningskod i företaget	
2. UPPGIFTER OM DEN SKADADE	Förnamn och efternamn			Personbeteckning
	Utdelningsadress		Postnummer	Adressort
			Språk <input type="checkbox"/> fi <input type="checkbox"/> sv	
	Telefon		E-postadress	
	Yrke		Bankförbindelse: kontonummer i IBAN-format	
	Äger den skadade företaget? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja			
	Ställning i företaget _____			
Ägarandel och röstetal ensam och tillsammans med familjemedlemmarna i %				
Ordinarie arbetsplats: kommun och adress			Nationalitet	
3. UPPGIFTER OM YRKES- SJUKDOMEN	Vilka symtom har arbetstagaren och vad orsakar symtomen (t.ex. namnet på det kemiska ämnet)? Vilka är arbetstagarens arbetsuppgifter och de omständigheter under vilka exponeringen har skett?			
	I vilket företag är företagshälsovården ordnad (namn- och adressuppgifter)?			
	När har arbetsgivaren informerats om symtomen (datum)?			
	Det första läkarbesöket på grund av symtomen: datum, vårdanstaltens namn och adress:			
	Typ av skada, det räcker med ifyllarens syn på saken (bullerskada, eksem)			
4. ANSTÄLLNINGS UPPGIFTER	<input type="checkbox"/> Fortlöpande anställning		<input type="checkbox"/> Visstidsanställning	
	Anställningen börjat:		För vilken tid har anställningen avtalats:	
	<input type="checkbox"/> huvudsyssla <input type="checkbox"/> bisyssla		Arbets tid per vecka	
	Närmare upplysningar om anställningen och lönen ger (t.ex. löneräkaren; namn, telefon, e-postadress)			
	Har arbetstagaren samtidigt andra arbetsgivare? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, arbetsgivarens namn- och kontaktuppgifter:			
	Har den skadade samtidigt arbetat som företagare? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> som lantbruksföretagare <input type="checkbox"/> som annan företagare			
	Är den skadade: <input type="checkbox"/> studerande; uppge läroanstalten: _____			
<input type="checkbox"/> pensionstagare med vilken pension och från vilken tidpunkt:				
5. UNDERSKRIFT	Närmare upplysningar om exponeringen ger (t.ex. förman, arbetsledare; namn, adress, telefon och e-postadress)			
	Ort och datum		Arbetsgivarens/arbetsgivarens företrädares underskrift, telefonnummer och e-postadress	