



## Anmälan och åtgärder i samband med stick- och skärskada

Den anställdes namn och personnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vårdtagarens namn och personnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Var skadan inträffat: \_\_\_\_\_

Datum för tillbudet: \_\_\_\_\_

Beskriv händelseförloppet samt vilka åtgärder som vidtagits

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anställds namnteckning  
\_\_\_\_\_

Bevittnas av arbetsledaren  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_