

Opplysninger om vegtrafikkulykke eller - uhell

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

Likelydende sendes:

Dokumentregistrering

- 1) **Statens havarikommisjon for transport**
 Postboks 213
 NO-2001 LILLESTRØM
 Telefaks: +47 63 89 63 01
post@aibn.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
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:	Årsmøll:
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 forsikringselskap:		

OPPLYSNINGER OM FØRER**Personlige opplysninger**

Fødselsnummer	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:			

Arbeidsforhold

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 tilleggs kommentarer:

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 tilleggs kommentarer:

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 tilleggs kommentarer:					

KONTAKTINFORMASJON

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

