

## Meldeformular Beinaheunfall – Near Miss\*

\*Als **Near Miss** werden Beinaheunfälle, unsichere Zustände, unsichere Handlungen, versteckte Gefahren, Risikopotenziale, Schwachstellen, sicherheitswidriges Verhalten, die rechtzeitig erkannt wurden und ohne größere Folgen blieben verstanden.

Gemäß §15 (5) des ASchG (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz) hat jede\*r Arbeitnehmer\*in, jeden Arbeitsunfall, jedes Ereignis, das beinahe zu einem Unfall geführt hätte, und jede von Ihm/Ihr festgestellte ernste und unmittelbare Gefahr für Sicherheit oder Gesundheit unverzüglich dem\*der unmittelbaren Vorgesetzten oder den sonst dafür zuständigen Personen zu melden.

**Organisationseinheit / Abteilung oder Arbeitsgruppe:**

**Anschrift:**

**Ort des Beinaheunfalls:**

**Name:**

der\*s Betroffenen

**Datum:**

des Vorfalles

**Uhrzeit:**

des Vorfalles

**Bereich:** (in dem sich der Vorfall ereignete)

<input type="checkbox"/>	Verwaltung	<input type="checkbox"/>	Forschung	<input type="checkbox"/>	Lager
<input type="checkbox"/>	Laborbereich	<input type="checkbox"/>	Haustechnik	<input type="checkbox"/>	Reinigung (Ver-/ Entsorgung)
<input type="checkbox"/>	Sozialraum	<input type="checkbox"/>	Sanitärraum/ Umkleide	<input type="checkbox"/>	Werkstatt
<input type="checkbox"/>	Gang	<input type="checkbox"/>	Sozialraum	<input type="checkbox"/>	Gelände
<input type="checkbox"/>	Stiegenhaus	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	.....

**Tätigkeit:** (bei der sich der Vorfall ereignete)

**Beschreibung des Vorfalles:** (Angabe der verwendeten Arbeitsmittel, sowie Angabe der Inventar-Nr.)

**Ursache:** (z.B.: Unachtsamkeit, fehlerhafte Arbeitsmittel oder Maschinen, fehlende Schutzeinrichtungen...)

**Möglicher Vorschlag zur Unfallvermeidung:** (Präventivmaßnahmen)

Das ausgefüllte, unterschriebene und eingescannte Formular bitte übermitteln an:  
[arbeitnehmerinnenschutz@boku.ac.at](mailto:arbeitnehmerinnenschutz@boku.ac.at)

Verfasser\*in: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Institut: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

***Dieser Teil ist ausschließlich von der  
Sicherheitsfachkraft (SFK) auszufüllen!***

1. Beschreibung des Beinaheunfalles / Near Miss:

2. CEL - Risikoevaluierung notwendig?:

JA                      NEIN

3. Erforderliche Maßnahmen um eine Wiederholung der Situation zu vermeiden.  
(z.B. Unterweisung der Mitarbeiter, Umbau der Maschine, Stilllegung der Maschine, Austausch des Arbeitsmittels, Änderung im Arbeitsablauf)

4. Getroffene bzw. eingeleitete Maßnahmen:

Sicherheitsfachkraft:	
Arbeitsmediziner*in:	
Datum:	