



Insänds utan dröjsmål tjänstevägen till central verksamhetsutövare med verksamhetssäkerhetsansvar

Ex () Sida

Grunduppgifter

Förband/skola (motsvarande)	Rapporten upprättad av	Avvikelsedatum	Tidpunkt
Plats för avvikelser			
Kategori av avvikelse		Övningsledare/arbetsledare	

Skadebild

Antal skadade	Skada/skador		
Skada på anläggning eller byggnad	Skada på mark	Skada på vatten	Skada på materiel
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Händelseförlopp/insatser/omedelbara åtgärder

Händelseförlopp (kortfattad redogörelse)

Av förbandschef beslutade omedelbara åtgärder

**Larm till**

	Larmmottagare	Tidpunkt
<input type="checkbox"/>	Räddningstjänsten	
<input type="checkbox"/>	Polismyndighet	
<input type="checkbox"/>	Egen verksamhetsledning	
<input type="checkbox"/>	Pressofficer/informationschef	
<input type="checkbox"/>	Annan larmmottagare	

Tvingande krav på omedelbar anmälan

<input type="checkbox"/>	Polismyndigheten (vid dödsfall, svårare personskada eller om flera personer har skadats)	
<input type="checkbox"/>	Arbetsmiljöverket (Sjöfartsverket för fartyg och båtar) vid dödsfall, svårare personskada, om flera personer har skadats eller tillbud som inneburit allvarlig fara för liv eller hälsa	Tidpunkt
<input type="checkbox"/>	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (även vid tillbud vid hantering av brandfarliga eller explosiva varor)	
<input type="checkbox"/>	Generalläkaren	

Övriga underrättade

<input type="checkbox"/>	PROD MarkSäKS (om olyckan skett vid verksamhet med brandfarliga eller explosiva varor, farligt gods eller el)
<input type="checkbox"/>	FORTV
<input type="checkbox"/>	Försvarets materielverk
<input type="checkbox"/>	Elsäkerhetsverket (om olyckan har orsakats av starkströmspåverkan)
<input type="checkbox"/>	Försäkringskassan och Försvarsmedicincentrum
<input type="checkbox"/>	Kammarkollegiet Karlstad (vid försäkringsärenden)
<input type="checkbox"/>	Anhöriga
	Namn
<input type="checkbox"/>	Annan

Verksamhetssäkerhetsorganisations, inkl skyddsombud/-ass kommentar

--

Underskrift, uppgiftslämnare

Befattning	Namnteckning
Telefon	Namnförtydligande