



## Avviksskjema

Avdeling:

Dato for avvik:

Kunde/bruker/pasient:

Ansatt:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Personskade                            | <input type="checkbox"/> Nestenulykke       | <input type="checkbox"/> Uhell                        |
| <input type="checkbox"/> Fysisk belastning                      | <input type="checkbox"/> Psykisk belastning | <input type="checkbox"/> Vold/trussel                 |
| <input type="checkbox"/> El-utsyr og anlegg                     | <input type="checkbox"/> Brannvern          | <input type="checkbox"/> Organisering/tilrettelegging |
| <input type="checkbox"/> Miljø (avfall/forurensing) / Inneklima |   | <input type="checkbox"/> Annen feil/mangel            |

### Beskriv avvik:

### Forslag til tiltak:

Dato:

Signatur:

### Utført tiltak:

- Behov for korrigerende tiltak

### Bestemt korrigerende tiltak:

- Avviket lukket  Avviket behandles videre

Dato:

Signatur: