

SveMin BRANDSKADERAPPORT Insändes snarast efter brand eller tillbud		Brandskaderapporten skickas till BRANDSKYDDSSAMORDNAREN PÅ FÖRETAGET	
Företag _____ Ortadress _____ _____ kontaktman _____ tfn _____ fax _____ avdelning _____ plats _____ <input type="checkbox"/> Under jord <input type="checkbox"/> Ovan jord	händelsedatum _____ tid _____ rapportdatum _____ separat rapport upprättad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej anmält till berörd myndighet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej entreprenör <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Klass <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
2 BRANDOBJEKT			
2.0 Objekt typ <input type="checkbox"/> Byggnad <input type="checkbox"/> El-anläggning <input type="checkbox"/> Transportband <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> Fast maskin <input type="checkbox"/> Kabel <input type="checkbox"/> Materialupplag <input type="checkbox"/> Fordon <input type="checkbox"/> Träbyggnation <input type="checkbox"/> Sopor			
2.1 Fordon typ <input type="checkbox"/> Borragg. <input type="checkbox"/> Laddfordon <input type="checkbox"/> Truck E <input type="checkbox"/> Annat servicefordon <input type="checkbox"/> Lastm. D <input type="checkbox"/> Arbetsplattf. <input type="checkbox"/> Lastbil <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> Lastm. E <input type="checkbox"/> Truck D <input type="checkbox"/> Personaltransp.ford.			
2.2 Fordon fabrikat _____		2.2.1 Tillverknings år _____	
		Årlig brandskyddskontroll <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Datum _____	
3 BRANDORSAK			
3.0 Brandorsak <input type="checkbox"/> Heta arbeten <input type="checkbox"/> Lågspänning 50-1000 V <input type="checkbox"/> Överhettning/Friktion <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> Högspänning <input type="checkbox"/> Klenspänning - 50 V <input type="checkbox"/> Het yta			
3.1 Heta arbeten <input type="checkbox"/> Svetsning <input type="checkbox"/> Gasskärning <input type="checkbox"/> Slipning <input type="checkbox"/> Gasolvärmning <input type="checkbox"/> Rondellkapning <input type="checkbox"/> Annat	3.2 Elfel <input type="checkbox"/> Yttre åverkan på kabel <input type="checkbox"/> Kabel ålderstigen <input type="checkbox"/> Kabel överbelastad <input type="checkbox"/> För högt säkrat <input type="checkbox"/> Underdimens. kabel <input type="checkbox"/> Ej avsäkrad kabel <input type="checkbox"/> Kortslutning <input type="checkbox"/> Annat	3.3 Överhettning <input type="checkbox"/> Dieselmotor <input type="checkbox"/> Elmotor <input type="checkbox"/> Lager <input type="checkbox"/> Bandrulle <input type="checkbox"/> Bromstrumma <input type="checkbox"/> Bromsskiva <input type="checkbox"/> Hydraulpump <input type="checkbox"/> Kilrep <input type="checkbox"/> Annat	3.4 Het yta <input type="checkbox"/> Bränsle på motordel <input type="checkbox"/> Olja på motordel <input type="checkbox"/> Motor + annat brännb.mtrl. <input type="checkbox"/> Bränsle på bromsk./trumma <input type="checkbox"/> Olja på bromskiva/trumma <input type="checkbox"/> Bromsar + annat brännb.mtrl. <input type="checkbox"/> Olja på avgasdel <input type="checkbox"/> Bränsle på avgasdel <input type="checkbox"/> Avgasdel + annat brännb.mtrl. <input type="checkbox"/> Annat
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<p>SveMin</p>	<p>BRANDSKADERAPPORT</p> <p>Insändes snarast efter brand eller tillbud</p>	<p>Brandskaderapporten skickas till BRANDSKYDDSSAMORDNAREN PÅ FÖRETAGET</p>
4 LARMNING		
4.1 Upptäckt via	<input type="checkbox"/> Automatisk detektor	<input type="checkbox"/> Manuellt upptäckt
4.2 Larm	<input type="checkbox"/> Via telefon	<input type="checkbox"/> Comradio <input type="checkbox"/> Annat _____
5 RÄDDNINGSSINSATSER		
5.1 Räddningspersonal		
	<input type="checkbox"/> Kommunal Räddningstj.	<input type="checkbox"/> Egen Räddningstj. <input type="checkbox"/> Personal inom området
5.2 Använt materiel		
	<input type="checkbox"/> Släckfordon	<input type="checkbox"/> Handbrandsläckare <input type="checkbox"/> Slang
	<input type="checkbox"/> Pumpar	<input type="checkbox"/> Befintligt ledningsnät <input type="checkbox"/> Tryckluftsapparater
	<input type="checkbox"/> Inget/självslockna	<input type="checkbox"/> Annat _____
5.3 Använt släckmedel		
	<input type="checkbox"/> Vatten	<input type="checkbox"/> Pulver <input type="checkbox"/> Kolsyra
	<input type="checkbox"/> Skum	<input type="checkbox"/> Annat _____
5.4 Sprinkler		
	<input type="checkbox"/> Sprinkler utlöst	<input type="checkbox"/> Sprinkler ej utlöst <input type="checkbox"/> Ej tillämpligt
5.5 Utrymning		
	<input type="checkbox"/> Helt	<input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Ingen
5.5.1 Antal personer	_____	
5.6 Räddningskammare		
	<input type="checkbox"/> Användes	<input type="checkbox"/> Användes inte <input type="checkbox"/> Finns inte i området
6 PERSONSKADA		
6.0 Personskada		6.1 Antal skadade
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	_____ st.
6.2 Frånvaro med sjukskrivning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
7 MATERIELSKADA		
7.0 Skada på anläggningen		7.1 Skada genom produktionsstörning.
_____ ca. SEK		_____ ca. SEK

SveMin BRANDSKADERAPPORT	Brandskaderapporten skickas till BRANDSKYDDSSAMORDNAREN PÅ FÖRETAGET
Insändes snarast efter brand eller tillbud	
8.0 Beskrivning av händelseförloppet	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
9.0 Föreslagna åtgärder	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Datum -----	
----- Arbetsgivarens representant	_____ Skyddsombud