

**NYILATKOZAT**  
**AZ ÜZEMI BALESETNEK NEM MINŐSÜLŐ BALESETRŐL**

**1. A sérült adatai**

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Viselt családi és utónév:           |   |
| Születési családi és utónév:        |   |
| Anyja születési családi és utóneve: |   |
| Születési hely:                     |   |
| Születési idő:                      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hónap <input type="text"/> <input type="text"/> . nap                        |
| TAJ szám:                           | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Lakcíme:                            |   |
| Telefonszáma:                       |   |

**2. A baleset (sérülés) körülményei**

2.1. A baleset időpontja:  . év  . hónap  . nap  . óra

2.2. A baleset helyszíne: \_\_\_\_\_

2.3. A baleset (sérülés) bekövetkezésének körülményei (ide értve a gyalogsként a járda, úttest, lépcső, stb. állapotából eredő balesetet is):

2.4. A baleset gépjárművel következett be?

- Igen  
 Nem

2.5. Mentő szállította?

- Igen  
 Nem

2.6. A baleset miatt vett igénybe egészségügyi szolgáltatást?

- Igen  
 Nem

2.7. Ha elmulasztotta igénybe venni az orvosi segítséget, illetőleg azzal késlekedett, mi volt ennek az oka?

|  |
|--|
|  |
|--|

**3. A balesetből eredő betegsége, sérülése miatt hol látták el, illetve hol kezelték?<sup>1</sup>**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Egészségügyi szolgáltató neve: |  |
| Egészségügyi szolgáltató címe: |  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Egészségügyi szolgáltató neve: |  |
| Egészségügyi szolgáltató címe: |  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Egészségügyi szolgáltató neve: |  |
| Egészségügyi szolgáltató címe: |  |

**4. A baleset okozója (amennyiben a sérült erről nyilatkozni kíván)**

|                    |  |
|--------------------|--|
| Neve:              |  |
| Címe:              |  |
| Telefonszáma:      |  |
| Egyéb elérhetőség: |  |

**5. A baleset (sérülés) tanúira vonatkozó adatok. Kik látták a balesetet, a sérülést?**

|                    |  |
|--------------------|--|
| Neve:              |  |
| Címe:              |  |
| Telefonszáma:      |  |
| Egyéb elérhetőség: |  |

|                    |  |
|--------------------|--|
| Neve:              |  |
| Címe:              |  |
| Telefonszáma:      |  |
| Egyéb elérhetőség: |  |

**6.**

**6.1 Volt vagy van-e folyamatban a balesettel kapcsolatban hatósági- vagy rendőrségi, ügyészségi, bírósági, stb. eljárás?**

- Igen  
 Nem

**6.2. A balesettel kapcsolatos eljárás adatai<sup>2</sup>**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Az eljáró szerv megnevezése:      |  |
| Az eljáró szerv előtti ügy száma: |  |

<sup>1</sup> Kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha a 2.6. pont szerinti kérdésre „Igen” válasz került megadásra.

<sup>2</sup> Kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha a 6.1. pont szerinti kérdésre „Igen” válasz került megadásra.

**7. Gépjárművel okozott baleset (sérülés) körülményeire, illetve a gépjárműre vonatkozó adatok<sup>3</sup>**

7.1. A balesetet okozó gépjármű üzembentartójának adatai

|                    |  |
|--------------------|--|
| Neve:              |  |
| Címe:              |  |
| Telefonszáma:      |  |
| Egyéb elérhetőség: |  |

7.2. A balesetet okozó gépjármű rendszáma, típusa:

.....

7.3. A balesetet okozó gépkocsivezető adatai:

|                    |  |
|--------------------|--|
| Neve:              |  |
| Címe:              |  |
| Telefonszáma:      |  |
| Egyéb elérhetőség: |  |

7.4. A baleset során hányan sérültek meg?  fő

7.5. Az ismert sérültre/sérültekre vonatkozó adatok:

|                    |  |
|--------------------|--|
| Neve:              |  |
| Címe:              |  |
| Telefonszáma:      |  |
| Egyéb elérhetőség: |  |
| Neve:              |  |
| Címe:              |  |
| Telefonszáma:      |  |
| Egyéb elérhetőség: |  |

**Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.**

**Tudomásul veszem, hogy köteles vagyok az ellátásra való jogosultságot vagy az ellátás folyósítását érintő változásokat 8 napon belül bejelenteni az ellátást megállapító szerv részére.**

Kelt: \_\_\_\_\_, . év . hónap . nap

\_\_\_\_\_  
Sérült / Törvényes képviselő

<sup>3</sup> Kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha a 2.4. pont szerinti kérdésre „Igen” válasz került megadásra.