

# FOLKETRYGDEN



## Melding om yrkesskade eller yrkessykdom som er påført under arbeid på norsk eller utenlandsk landterritorium

### Orientering til melderer

#### I Når skal skjemaet brukes?

Skjemaet skal brukes ved alle meldepliktige personskader som skjer under arbeid på norsk eller utenlandsk landterritorium uten hensyn til hvor den skadede bor. Det samme gjelder når en person får yrkessykdom pga slik virksomhet.

#### II Når skal skjemaet ikke brukes?

Skjemaet skal ikke brukes ved personskade eller yrkessykdom som inntreffer på norsk skip eller under fiske/fangst. Slike skader meldes på egen skademeldingsskjema for skip mv. (NAV 13-07.08).

Skjemaet skal heller ikke brukes ved skade eller yrkessykdom som oppstår i forbindelse med undersøkelse etter undersjøiske naturforekomster på den norske kontinental-sokkelen (også virksomhet på boreskip). Slike skader skal meldes på egen skademeldingsskjema (NAV 13-06.05).

#### III Hvilke formål skademeldingen skal tjene

- 1 Sikre den skadedes rettigheter etter folketrygdloven.
- 2 Gi NAV grunnlag for å vurdere om personskaden/sykdommen kan godkjennes som yrkesskade eller yrkessykdom slik at folketrygdlovens særbestemmelser for yrkesskade skal gjelde.
- 3 Gi de offentlige myndigheter opplysninger som kan være til hjelp i arbeidet med vurdering av sikkerhetsspørsmål og vernetiltak mv.
- 4 Danne grunnlag for utarbeidelse av skade/ulykkesstatistikker.

#### IV Hva er yrkesskade?

Med yrkesskade forstås legemsskade eller sykdom som er forårsaket av en arbeidsulykke. Med ulykke forstås en plutselig og uventet ytre påkjenning eller belastning som ligger utenfor rammen av en ordinær arbeidsprestasjon. OBS! «Kink» eller «forstrekninger» oppstått under bæring, løfting osv kan i alminnelighet ikke godkjennes som yrkesskade med mindre det har skjedd noe «ulykkesartet».

Visse sykdommer er likestilt med yrkesskade, f eks sykdom etter påvirkning av løsemidler, asbest eller annet finfordelt støv, forgiftninger eller andre kjemiske påvirkninger og allergiske hud- og lungesykdommer.

#### V Meldeplikt mv.

Arbeidsgiver og andre i tilsvarende stilling er pålagt meldeplikt til NAV i medhold av folketrygdloven § 13-14. Alle skader eller yrkessykdommer som gjør det nødvendig med medisinsk behandling eller medfører arbeidsuførhet skal meldes. Meldingen skal sendes inn snarest og senest innen tre dager. Unnløstelse av å sende inn melding kan straffes med bøter, se folketrygdloven § 25-12 andre ledd.

Arbeidsgiveren skal dessuten sende skademelding i alle tilfeller hvor NAV-kontoret ber om det eller hvor arbeidstakeren ønsker det. Arbeidsgiver skal sende melding selv om han/hun er i tvil eller mener det ikke foreligger arbeidsulykke/yrkessykdom. Arbeidsgiveren kan eventuelt anføre sitt syn på dette, men myndighetene avgjør godkjennelses-spørsmålet.

Dersom den meldepliktige ikke oppfyller sin meldeplikt, kan den skadede selv melde skaden. Skadede som er frilansere eller selvstendige næringsdrivende, må selv melde skaden.

Vær oppmerksom på at etter arbeidsmiljøloven skal **enhver lege** melde til **Arbeidstilsynet** sykdommer som legen antar skyldes arbeidssituasjonen - også sykdommer som ikke går inn under yrkesskadereglene i folketrygden.

#### VI Hvor skal skjemaet sendes?

Eksemplar nr 1, 2 og 3 skal melderer sende NAV-kontoret der den skadede bor eller oppholder seg i Norge.

Melderer skal beholde eksemplar nr 4 og levere eksemplar nr 5 til den skadede selv.

#### VII Utfylling av skjemaet

Alle spørsmål må besvares så nøyaktig som mulig. Av spesielt viktige spørsmål nevnes:

**Felt 1:** «Fødselsnummer». For person som ikke har fått tildelt fødselsnummer av norsk myndighet, benyttes vedkommendes vanlige fødselsdata.

**Felt 2:** «Arbeidsgiverens forsikringsselskap». Her må arbeidsgiveren oppgi navn og adresse til det forsikringsselskapet hvor den pliktige yrkesskadeforsikring etter lov om yrkesskadeforsikring er tegnet.

**Felt 3, 4 og 5:** Felt 3 skal fylles ut ved arbeidsulykke og felt 4 ved yrkessykdom. Dersom det ikke er plass nok benytt felt 5 eller eget tilleggsark. Legg om mulig ved opplysninger fra bedriftshelsetjenesten. Koder til bruk ved beskrivelse av skadeforløpet og skaden finnes på baksiden av denne orienteringen.

Melderer må så langt det er mulig sørge for at skjemaet er fullstendig utfyllt og underskrevet av arbeidsgiveren eller av en person som har fullmakt til å representere arbeidsgiveren. Kontroller at alle skjemaeksemplarer er leselige.

## Felt 3 skal fylles ut ved arbeidsulykke. Nedenfor følger koder til bruk ved beskrivelse av skadeforløpet og skaden



### A Type ulykke

- A1 Støt/treff av gjenstand
- A2 Sammenstøt/påkjørsel
- A3 Velt
- A4 Klemt/fanget
- A5 Fall
- A6 Stukket/kuttet av skarp/spiss gjenstand
- A7 Elektrisk spenning
- A8 Høy/lav temperatur
- A9 Kjemikalier
- A10 Eksplosjon, sprenging, brann
- A11 Trusler om vold
- A12 Påført voldsskade
- A13 Annet

### B Bakgrunn

- B1 Manglende merking, varsling, skilting
- B2 Mangelfulle sikkerhetsrutiner
- B3 Utilstrekkelig sikring
- B4 Vernetiltak ikke/delvis gjennomført
- B5 Verneutstyr satt ut av funksjon
- B6 Verneutstyr fjernet
- B7 Uautorisert bruk av utstyr
- B8 Defekt utstyr
- B9 Feil bruk av maskiner og utstyr
- B10 Feil pålasting
- B11 Feil plassering
- B12 Feil løfting
- B13 Feil utførelse av oppgaven
- B14 Mangelfull opplæring
- B15 Angrepet/truet av en annen person
- B16 Uforsvarlig «lek», spøk eller veddemål
- B17 Påvirkning av alkohol/andre rusmidler
- B18 Bedriftsidrett e l
- B19 Annet

### C Skadens art

- C1 Bløtdelsskade uten sår (klemskade)
- C2 Sårskade
- C3 Tap av lemsdel
- C4 Forstuing, forvridning
- C5 Knokkelbrudd
- C6 Varmeskade
- C7 Kuldeskade
- C8 Etsing
- C9 Akutt forgiftning
- C10 Psykiske ettervirkninger
- C11 Annet

### D Skadet kroppsdel

- D1 Hode
- D2 Ansikt
- D3 Øye, venstre
- D4 Øye, høyre
- D5 Øre, venstre
- D6 Øre, høyre
- D7 Tenner
- D8 Hals/nakke
- D9 Rygg
- D10 Ribben/skulderblad
- D11 Brystkasse/lunger/hjerte/spiserør
- D12 Mage/bekken/fordøyelsesorganer/nyre/urinveier
- D13 Skulder, venstre
- D14 Skulder, høyre
- D15 Arm/albue, venstre
- D16 Arm/albue, høyre
- D17 Håndledd, venstre
- D18 Håndledd, høyre
- D19 Hånd, venstre
- D20 Hånd, høyre
- D21 Fingre, venstre
- D22 Fingre, høyre
- D23 Hofte, venstre
- D24 Hofte høyre
- D25 Ben m/kne, venstre
- D26 Ben m/kne, høyre
- D27 Ankel, venstre
- D28 Ankel, høyre
- D29 Fot, venstre
- D30 Fot, høyre
- D31 Tær, venstre
- D32 Tær, høyre
- D33 Hele kroppen (allmenn forgiftning, allmenn nedkjøling, e.l.)

**FOLKETRYGDEN**

Dette eksemplaret skal melderens sende NAV-kontoret, se pkt. VI i orienteringen på vedlegget.

**Melding om yrkesskade eller yrkessykdom påført under arbeid på norsk eller utenlandsk landterritorium**

<b>A</b>
<b>1</b>

**1 Opplysninger om den skadede og arbeidets art**

Fødselsnummer (11 siffer)	Den skadedes fullstendige etternavn og fornavn			Statsborgerskap		
Bostedsadresse eller oppholdsadresse i Norge				Bosteds-/oppholdskommune		
Stilling (tittel) og yrke (fagfelt) da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted			Stillingsbrøk	Arbeidsforholdet varte (fra - til)		
<b>Kompetansenivå</b>	1-3 år på videre-gående skoles nivå	1-3 års utdanning utover videre-gående skoles nivå	Universitet/høyskoleutdanning med varighet 4 år eller mer	<b>Art av arbeidsforhold da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted</b>		Hvis selvstendig/frilanser, frivillig yrkesskadetrygdet?
Grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeidstaker (tjenesteforhold)	Selvstendig næringsdrivende	Frilanser
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

**2 Opplysninger om arbeidsgiveren mv**

Arbeidsgiver da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted		Organisasjonsnummer
Adresse	Kommune	Telefon
Fant ulykken sted på ovenstående adresse?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis <b>nei</b> , oppgi hvor (med nøyaktig adresse)
Lov om yrkesskadeforsikring. Arbeidsgiverens forsikringsselskap: Navn og adresse		

**3 Ulykke - opplysninger ved arbeidsulykke**

Under A til D er det ønskelig at du oppgir flere koder, men du må oppgi den viktigste først

Ulykkesdato og klokkeslett	Arbeidstidsordninger	Annet	Ulykken inntraff:	I normal arbeidstid	Under overtid-arbeid	Utenfor arbeidstid
	<input type="checkbox"/> Bare dagtid (06.00 - 21.00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lønnsform da ulykken skjedde	Timelønn/fast lønn	På vanlig arb. plass?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Inne <input type="checkbox"/> Ute <input type="checkbox"/>	På vei til/fra arbeidet?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Prestasjons/akkord					
På vei mellom arbeidssteder?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Død av skaden?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Meldt arbeids-tilsynet?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hadde skadede nødv. opplæring for å utføre arb. operasjonen?
<b>A Type ulykke</b>	<b>B Bakgrunn</b>	<b>C Skadens art</b>	<b>D Skadet kroppsdel</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Koder - se orienteringen	<input checked="" type="checkbox"/> Koder - se orienteringen	<input checked="" type="checkbox"/> Koder - se orienteringen	<input checked="" type="checkbox"/> Koder - se orienteringen			
Oppgi kode (eventuelt flere)	Oppgi kode (eventuelt flere)	Oppgi kode (eventuelt flere)	Oppgi kode (eventuelt flere)			
Gi nærmere beskrivelse av hendelsesforløpet og av skaden i felt 5 nedenfor						


**4 Sykdom - opplysninger ved mistanke om sykdom**

Yrkessykdommens art (oppgi om mulig diagnose)	Når påvist (dag, måned, år)	Død av yrkessykdommen?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Påvirkning som fremkalte sykdommen (f. eks. steinstøv, asbest, løsemidler, andre kjemiske stoffer, vibrasjoner, larm)			
Varighet av påvirkningen (f. o. m. måned/år). Hvis flere perioder, oppgi alle.			
Hva bestod arbeidet i da påvirkningen fant sted?			

**5 Utfyllende beskrivelse**

Nærmere beskrivelse av hendelsesforløpet, utløsende og bakenforliggende årsaker/omstendigheter som førte til **skaden** eller **sykdommen**. Oppgi navn og adresse på eventuelle vitner. Dersom du har kjennskap til om arbeidstakeren har blitt undersøkt/fått behandling i forbindelse med det aktuelle skadetilfellet, ber vi deg oppgi navn og adresse på lege, legevakt, tannlege el. l. Bruk om nødvendig tilleggsark.

**6 Underskrift**

Sted, dato, melderens stilling	Underskrift og stempel
	

**FOR NAV**

**Dette eksemplaret av skademeldingen skal ligge ved saksdokumentene under behandling av eventuelle stønadskrav etter folketrygdlovens særbestemmelser ved yrkesskade.**

**7 Fylles ut av NAV**

Sykmeldt pga skaden/sykdommen f. o. m. - t. o. m.	Antall dager	Ev. dødsdato	Antas friskmeldt uten varig mén (medisinsk invaliditet < 15 prosent)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Skademeldingen mottatt i NAV	Dag, måned, år	Er meldefristen etter § 13-14 fjerde ledd overholdt?		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Frivillig trygdet med rett til særytelser ved yrkesskade?	Hvis ja, oppgi fra hvilken dato		Kroner		
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		Inntekt som er lagt til grunn for premieinnbetalingen		
Førstegangs behandlende lege/tannlege/sykehus (navn og adresse)					
Senere behandlende lege/tannlege/sykehus (navn og adresse)					
Diagnose ifølge sykmelding					
<b>Viktig!</b> Oppgi skadeår og eventuelt skadenummer for tidligere yrkesskade (også før 01.05.97). Legg ved tidligere dokumenter som kan ha betydning for det aktuelle kravet.					
Andre opplysninger av betydning for saken					
Dato, kontorets stempel og underskrift					

**8 Om saksbehandlingen**

Om saksbehandlingen, se saksbehandlingsrundskriv - som ligger i Rettskildene - til kap. 13 / vedlegg til kap. 21-rundskrivet(følger som vedlegg til kap 21-rundskrivet).

**9 For NAV**

--

**FOLKETRYGDEN**

Dette eksemplaret skal melderens sende NAV-kontoret, se pkt. VI i orienteringen på vedlegget.

**Melding om yrkesskade eller yrkessykdom påført under arbeid på norsk eller utenlandsk landterritorium**

<b>A</b>
<b>2</b>

**1 Opplysninger om den skadede og arbeidets art**

Fødselsnummer (11 siffer)	Den skadedes fullstendige etternavn og fornavn			Statsborgerskap		
Bostedsadresse eller oppholdsadresse i Norge				Bosteds-/oppholdskommune		
Stilling (tittel) og yrke (fagfelt) da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted			Stillingsbrøk	Arbeidsforholdet varte (fra - til)		
<b>Kompetansenivå</b>	1-3 år på videre-gående skoles nivå	1-3 års utdanning utover videre-gående skoles nivå	Universitet/høyskoleutdanning med varighet 4 år eller mer	<b>Art av arbeidsforhold da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted</b>		Hvis selvstendig/frilanser, frivillig yrkesskadetrygdet?
Grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeidstaker (tjenesteforhold)	Selvstendig næringsdrivende	Frilanser
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

**2 Opplysninger om arbeidsgiveren mv**

Arbeidsgiver da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted		Organisasjonsnummer
Adresse	Kommune	Telefon
Fant ulykken sted på ovenstående adresse?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis <b>nei</b> , oppgi hvor (med nøyaktig adresse)
Lov om yrkesskadeforsikring. Arbeidsgiverens forsikringsselskap: Navn og adresse		

**3 Ulykke - opplysninger ved arbeidsulykke**

Under A til D er det ønskelig at du oppgir flere koder, men du må oppgi den viktigste først

Ulykkesdato og klokkeslett	Arbeidstidsordninger	Annet	Ulykken inntraff:	I normal arbeidstid	Under overtid-arbeid	Utenfor arbeidstid
	<input type="checkbox"/> Bare dagtid (06.00 - 21.00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lønnsform da ulykken skjedde	Timelønn/fast lønn	På vanlig arb. plass?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Inne <input type="checkbox"/> Ute <input type="checkbox"/>	På vei til/fra arbeidet?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Prestasjons/akkord					
På vei mellom arbeidssteder?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Død av skaden?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Meldt arbeids-tilsynet?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hadde skadede nødv. opplæring for å utføre arb. operasjonen?
<b>A Type ulykke</b>	<b>B Bakgrunn</b>	<b>C Skadens art</b>	<b>D Skadet kroppsdel</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Koder - se orienteringen	<input checked="" type="checkbox"/> Koder - se orienteringen	<input checked="" type="checkbox"/> Koder - se orienteringen	<input checked="" type="checkbox"/> Koder - se orienteringen			
Oppgi kode (eventuelt flere)	Oppgi kode (eventuelt flere)	Oppgi kode (eventuelt flere)	Oppgi kode (eventuelt flere)			
Gi nærmere beskrivelse av hendelsesforløpet og av skaden i felt 5 nedenfor						


**4 Sykdom - opplysninger ved mistanke om sykdom**

Yrkessykdommens art (oppgi om mulig diagnose)	Når påvist (dag, måned, år)	Død av yrkessykdommen?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Påvirkning som fremkalte sykdommen (f. eks. steinstøv, asbest, løsemidler, andre kjemiske stoffer, vibrasjoner, larm)			
Varighet av påvirkningen (f. o. m. måned/år). Hvis flere perioder, oppgi alle.			
Hva bestod arbeidet i da påvirkningen fant sted?			

**5 Utfyllende beskrivelse**

Nærmere beskrivelse av hendelsesforløpet, utløsende og bakenforliggende årsaker/omstendigheter som førte til **skaden** eller **sykdommen**. Oppgi navn og adresse på eventuelle vitner. Dersom du har kjennskap til om arbeidstakeren har blitt undersøkt/fått behandling i forbindelse med det aktuelle skadetilfellet, ber vi deg oppgi navn og adresse på lege, legevakt, tannlege el. l. Bruk om nødvendig tilleggsark.

**6 Underskrift**

Sted, dato, melderens stilling	Underskrift og stempel
	

**FOR NAV**

Dette eksemplaret av skademeldingen skal NAV sende til Direktoratet for Arbeidstilsynet for statistisk bearbeidelse så snart spørsmålet om sykmeldingens lengde i første linje i felt 7 er avklart og besvart. Andre spørsmål i felt 7 fylles ut på baksiden av skjema A1 etter at dette eksemplaret (A2) er sendt til Direktoratet for Arbeidstilsynet.

Ved skade oppstått ved landanlegg og gasskraftverk innenfor Petroleumstilsynets tilsynsområde, skal dette eksemplar sendes til Petroleumstilsynet

**7 Fylles ut av NAV**

Sykmeldt pga skaden/sykdommen f. o. m. - t. o. m.	Antall dager	Ev. dødsdato	Antas friskmeldt uten varig mén (medisinsk invaliditet < 15 prosent)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Skademeldingen mottatt i NAV	Dag, måned, år	Er meldefristen etter § 13-14 fjerde ledd overholdt?		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Frivillig trygdet med rett til særtelser ved yrkesskade?	Hvis <b>ja</b> , oppgi fra hvilken dato		Kroner		
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		Inntekt som er lagt til grunn for premieinnbetalingen		
Førstegangs behandlende lege/tannlege/sykehus (navn og adresse)					
Senere behandlende lege/tannlege/sykehus (navn og adresse)					
Diagnose ifølge sykmelding					
<b>Viktig!</b> Oppgi skadeår og eventuelt skadenummer for tidligere yrkesskade (også før 01.05.97). Legg ved tidligere dokumenter som kan ha betydning for det aktuelle kravet.					
Andre opplysninger av betydning for saken					
Dato, kontorets stempel og underskrift					

**8 Om saksbehandlingen**

Dersom spørsmålet om sykmeldingens lengde i første linje i felt 7 ovenfor kan besvares straks, er det ikke nødvendig å sende skjemaeksemplar A3 til Arbeidstilsynet/Petroleumstilsynet.

**9 For NAV**

--

**FOLKETRYGDEN**

Dette eksemplaret skal melderer sende NAV-kontoret, se pkt VI i orienteringen på vedlegget.

**Melding om yrkesskade eller yrkessykdom påført under arbeid på norsk eller utenlandsk landterritorium**

<b>A</b>
<b>3</b>

**1 Opplysninger om den skadede og arbeidets art**

Fødselsnummer (11 siffer)	Den skadedes fullstendige etternavn og fornavn			Statsborgerskap		
Bostedsadresse eller oppholdsadresse i Norge				Bosteds-/oppholdskommune		
Stilling (tittel) og yrke (fagfelt) da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted			Stillingsbrøk	Arbeidsforholdet varte (fra - til)		
<b>Kompetansenivå</b>	1-3 år på videre-gående skoles nivå	1-3 års utdanning utover videre-gående skoles nivå	Universitet/høyskoleutdanning med varighet 4 år eller mer	<b>Art av arbeidsforhold da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted</b>		Hvis selvstendig/frilanser, frivillig yrkesskadetrygdet?
Grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeidstaker (tjenesteforhold)	Selvstendig næringsdrivende	Frilanser
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

**2 Opplysninger om arbeidsgiveren mv**

Arbeidsgiver da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted		Organisasjonsnummer
Adresse	Kommune	Telefon
Fant ulykken sted på ovenstående adresse?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis <b>nei</b> , oppgi hvor (med nøyaktig adresse)
Lov om yrkesskadeforsikring. Arbeidsgiverens forsikringsselskap: Navn og adresse		

**3 Ulykke - opplysninger ved arbeidsulykke**

Under A til D er det ønskelig at du oppgir flere koder, men du må oppgi den viktigste først

Ulykkesdato og klokkeslett	Arbeidstidsordninger	Annet	Ulykken inntraff:	I normal arbeidstid	Under overtid-arbeid	Utenfor arbeidstid
	<input type="checkbox"/> Bare dagtid (06.00 - 21.00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lønnsform da ulykken skjedde	Timelønn/fast lønn	På vanlig arb. plass?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Inne <input type="checkbox"/> Ute <input type="checkbox"/>	På vei til/fra arbeidet?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Prestasjons/akkord					
På vei mellom arbeidssteder?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Død av skaden?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Meldt arbeids-tilsynet?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hadde skadede nødv. opplæring for å utføre arb. operasjonen?
<b>A Type ulykke</b>	<b>B Bakgrunn</b>	<b>C Skadens art</b>	<b>D Skadet kroppsdel</b>			
Koder - se orienteringen	Koder - se orienteringen	Koder - se orienteringen	Koder - se orienteringen			
Oppgi kode (eventuelt flere)	Oppgi kode (eventuelt flere)	Oppgi kode (eventuelt flere)	Oppgi kode (eventuelt flere)			

Gi nærmere beskrivelse av hendelsesforløpet og av skaden i felt 5 nedenfor


**4 Sykdom - opplysninger ved mistanke om sykdom**

Yrkessykdommens art (oppgi om mulig diagnose)	Når påvist (dag, måned, år)	Død av yrkessykdommen?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Påvirkning som fremkalte sykdommen (f. eks. steinstøv, asbest, løsemidler, andre kjemiske stoffer, vibrasjoner, larm)			
Varighet av påvirkningen (f. o. m. måned/år). Hvis flere perioder, oppgi alle.			
Hva bestod arbeidet i da påvirkningen fant sted?			

**5 Utfyllende beskrivelse**

Nærmere beskrivelse av hendelsesforløpet, utløsende og bakenforliggende årsaker/omstendigheter som førte til **skaden** eller **sykdommen**. Oppgi navn og adresse på eventuelle vitner. Dersom du har kjennskap til om arbeidstakeren har blitt undersøkt/fått behandling i forbindelse med det aktuelle skadetilfellet, ber vi deg oppgi navn og adresse på lege, legevakt, tannlege el. l. Bruk om nødvendig tilleggsark.

**6 Underskrift**

Sted, dato, melderens stilling	Underskrift og stempel
	

Dersom spørsmålet om sykmeldingens lengde i første linje i felt 7 på skjemaeksemplar A2 **ikke** kan besvares straks, skal dette eksemplaret **straks** sendes til Arbeidstilsynets avdelingskontor. Ved skade oppstått på landanlegg eller gasskraftverk som ligger under Petroleumstilsynet tilsynsområde skal dette eksemplar sendes Petroleumstilsynet.

Arbeidstilsynets avdelingskontor i
Petroleumstilsynet

**Fylles ut av NAV**

Dato, kontorets stempel og underskrift
--

**Til bruk for Arbeidstilsynet/ Petroleumstilsynet**

--



**FOLKETRYGDEN**

Dette eksemplaret skal melderer selv beholde

**Melding om yrkesskade eller yrkessykdom påført under arbeid på norsk eller utenlandsk landterritorium****A  
4****1 Opplysninger om den skadede og arbeidets art**

Fødselsnummer (11 siffer)		Den skadedes fullstendige etternavn og fornavn			Statsborgerskap						
Bostedsadresse eller oppholdsadresse i Norge					Bosteds-/oppholdskommune						
Stilling (tittel) og yrke (fagfelt) da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted				Stillingsbrøk	Arbeidsforholdet varte (fra - til)						
<b>Kompetansenivå</b>	1-3 år på videre-gående skoles nivå	1-3 års utdanning utover videregående skoles nivå	Universitet/høyskoleutdanning med varighet 4 år eller mer	<b>Art av arbeidsforhold da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted</b>			Hvis selvstendig/frilanser, frivillig yrkesskadetrygdet?				
Grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeidstaker (tjenesteforhold)	<input type="checkbox"/>	Selvstendig næringsdrivende	<input type="checkbox"/>	Frilanser	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei

**2 Opplysninger om arbeidsgiveren mv**

Arbeidsgiver da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted			Organisasjonsnummer			
Adresse		Kommune		Telefon		
Fant ulykken sted på ovenstående adresse?		Ja	Nei	Hvis <b>nei</b> , oppgi hvor (med nøyaktig adresse)		
Lov om yrkesskadeforsikring. Arbeidsgiverens forsikringsselskap: Navn og adresse						

**3 Ulykke - opplysninger ved arbeidsulykke**

Under A til D er det ønskelig at du oppgir flere koder, men du må oppgi den viktigste først

Ulykkesdato og klokkeslett		Arbeidstidsordninger		Annet	Ulykken inntraff:	I normal arbeidstid		Under overtid-arbeid	Utenfor arbeidstid	
		<input type="checkbox"/> Bare dagtid (06.00 - 21.00)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lønnsform da ulykken skjedde	<input type="checkbox"/>	Timelønn/fast lønn		På vanlig arb. plass?	Ja	Nei	Inne	Ute	På vei til/fra arbeidet?	
	<input type="checkbox"/>	Prestasjons/akkord		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På vei mellom arbeidssteder?	Ja	Nei	Død av skaden?	Ja	Nei	Hadde skadede nødv. opplæring for å utføre arb. operasjonen?			Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A Type ulykke</b>		<b>B Bakgrunn</b>		<b>C Skadens art</b>		<b>D Skadet kroppsdel</b>				
Koder - se orienteringen		Koder - se orienteringen		Koder - se orienteringen		Koder - se orienteringen				
Oppgi kode (eventuelt flere)		Oppgi kode (eventuelt flere)		Oppgi kode (eventuelt flere)		Oppgi kode (eventuelt flere)				

Gi nærmere beskrivelse av hendelsesforløpet og av skaden i felt 5 nedenfor


**4 Sykdom - opplysninger ved mistanke om sykdom**

Yrkessykdommens art (oppgi om mulig diagnose)			Når påvist (dag, måned, år)		Død av yrkessykdommen?	Ja	Nei
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påvirkning som fremkalte sykdommen (f. eks. steinstøv, asbest, løsemidler, andre kjemiske stoffer, vibrasjoner, larm)							
Varighet av påvirkningen (f. o. m. måned/år). Hvis flere perioder, oppgi alle.							
Hva bestod arbeidet i da påvirkningen fant sted?							

**5 Utfyllende beskrivelse**

Nærmere beskrivelse av hendelsesforløpet, utløsende og bakenforliggende årsaker/omstendigheter som førte til **skaden** eller **sykdommen**. Oppgi navn og adresse på eventuelle vitner. Dersom du har kjennskap til om arbeidstakeren har blitt undersøkt/fått behandling i forbindelse med det aktuelle skadetilfellet, ber vi deg oppgi navn og adresse på lege, legevakt, tannlege el. l. Bruk om nødvendig tilleggsark.

**6 Underskrift**

Sted, dato, melderens stilling	Underskrift og stempel
	

**FOLKETRYGDEN**

Dette eksemplaret skal den skadede selv beholde

**Melding om yrkesskade eller yrkessykdom påført under arbeid på norsk eller utenlandsk landterritorium****A  
5****1 Opplysninger om den skadede og arbeidets art**

Fødselsnummer (11 siffer)		Den skadedes fullstendige etternavn og fornavn			Statsborgerskap			
Bostedsadresse eller oppholdsadresse i Norge					Bosteds-/oppholdskommune			
Stilling (tittel) og yrke (fagfelt) da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted				Stillingsbrøk		Arbeidsforholdet varte (fra - til)		
<b>Kompetansenivå</b>	1-3 år på videre-gående skoles nivå	1-3 års utdanning utover videregående skoles nivå	Universitet/høyskoleutdanning med varighet 4 år eller mer	<b>Art av arbeidsforhold da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted</b>			Hvis selvstendig/frilanser, frivillig yrkesskadetrygdet?	
Grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeidstaker (tjenesteforhold)	<input type="checkbox"/>	Selvstendig næringsdrivende	<input type="checkbox"/>	Frilanser
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

**2 Opplysninger om arbeidsgiveren mv**

Arbeidsgiver da ulykken inntraff eller da skadelig påvirkning fant sted			Organisasjonsnummer		
Adresse		Kommune		Telefon	
Fant ulykken sted på ovenstående adresse?		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Hvis nei, oppgi hvor (med nøyaktig adresse)	
Lov om yrkesskadeforsikring. Arbeidsgiverens forsikringsselskap: Navn og adresse					

**3 Ulykke - opplysninger ved arbeidsulykke**

Under A til D er det ønskelig at du oppgir flere koder, men du må oppgi den viktigste først

Ulykkesdato og klokkeslett		Arbeidstidsordninger		Annet		Ulykken inntraff:		I normal arbeidstid		Under overtid-arbeid		Utenfor arbeidstid	
		<input type="checkbox"/> Bare dagtid (06.00 - 21.00)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Lønnsform da ulykken skjedde		Timelønn/fast lønn		På vanlig arb. plass?		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		Inne <input type="checkbox"/> Ute <input type="checkbox"/>		På vei til/fra arbeidet?		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
		Prestasjons/akkord											
På vei mellom arbeidssteder?		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		Død av skaden?		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		Meldt arbeids-tilsynet?		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		Hadde skadede nødv. opplæring for å utføre arb. operasjonen?	
<b>A Type ulykke</b>			<b>B Bakgrunn</b>			<b>C Skadens art</b>			<b>D Skadet kroppsdel</b>				
Koder - se orienteringen			Koder - se orienteringen			Koder - se orienteringen			Koder - se orienteringen				
Oppgi kode (eventuelt flere)			Oppgi kode (eventuelt flere)			Oppgi kode (eventuelt flere)			Oppgi kode (eventuelt flere)				

Gi nærmere beskrivelse av hendelsesforløpet og av skaden i felt 5 nedenfor


**4 Sykdom - opplysninger ved mistanke om sykdom**

Yrkessykdommens art (oppgi om mulig diagnose)		Når påvist (dag, måned, år)		Død av yrkessykdommen?		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Påvirkning som fremkalte sykdommen (f. eks. steinstøv, asbest, løsemidler, andre kjemiske stoffer, vibrasjoner, larm)							
Varighet av påvirkningen (f. o. m. måned/år). Hvis flere perioder, oppgi alle.							
Hva bestod arbeidet i da påvirkningen fant sted?							

**5 Utfyllende beskrivelse**

Nærmere beskrivelse av hendelsesforløpet, utløsende og bakenforliggende årsaker/omstendigheter som førte til **skaden** eller **sykdommen**. Oppgi navn og adresse på eventuelle vitner. Dersom du har kjennskap til om arbeidstakeren har blitt undersøkt/fått behandling i forbindelse med det aktuelle skadetilfellet, ber vi deg oppgi navn og adresse på lege, legevakt, tannlege el. l. Bruk om nødvendig tilleggsark.

**6 Underskrift**

Sted, dato, melderens stilling	Underskrift og stempel
	

## ORIENTERING TIL DEN SKADEDE

### I Hva er yrkesskade?

Med yrkesskade forstås legemsskade eller sykdom som er forårsaket av en arbeidsulykke. Med ulykke forstås en plutselig og uventet ytre påkjenning eller belastning som ligger utenfor rammen av en ordinær arbeidsprestasjon. OBS! «Kink» eller «forstrekninger» oppstått under bæring, løfting osv. kan i alminnelighet ikke godkjennes som yrkesskade med mindre det har skjedd noe «ulykkesartet».

Visse sykdommer er likestilt med yrkesskade, for eksempel sykdom etter påvirkning av løsemidler, asbest eller annet finfordelt støv, forgiftninger eller andre kjemiske påvirkninger og allergiske hud- og lungesykdommer.

Arbeidsgiver er pålagt meldeplikt til NAV i medhold av folketrygdloven § 13-14.

OBS! Det er myndighetene som avgjør om skaden eller sykdommen kan godkjennes som yrkesskade/yrkessykdom. Den skadede bør derfor kontrollere at opplysningene som er gitt av arbeidsgiveren på blankettens forside, er riktige.

Dersom du mener at noen av opplysningene bør korrigeres, eventuelt at flere opplysninger bør gis, bør du meddele dette skriftlig til NAV-kontoret der du bor.

Etter arbeidsmiljøloven skal **enhver lege** melde til **Arbeidstilsynet** sykdommer som legen antar skyldes arbeidssituasjonen - også sykdommer som ikke går inn under yrkesskadereglene i folketrygden.

### II Hva slags stønad kan gis?

#### 1 Stønad ved helsetjenester

Ved yrkesskade vil du som hovedregel få dekket en større del av utgifter til helsetjenester. Som hovedregel dekkes også utgifter til tannlegebehandling, legemidler, spesielt medisinsk utstyr og reiser i større grad.

Vær oppmerksom på at ikke alle behandlere har rett til trygderefusjon.

**2 Sykepenger** beregnes og gis - med visse unntak - etter vanlige regler. Det er ikke satt noen vilkår for hvor lenge arbeidsforholdet eller den selvstendige næringsvirksomheten må ha vart.

#### 3 Arbeidsavklaringspenger

#### 4 Uførepensjon, grunnstønad og hjelpestønad

#### 5 Pensjon til gjenlevende

#### 6 Menerstatning

### III Framsetting av krav

Krav om stønad kan du sette fram på NAV-kontoret.

Nærmere opplysninger om de stønader som gis ved yrkesskade, finner du på NAVs Internetsider [www.nav.no](http://www.nav.no).

NAV-kontoret kan gi nærmere orientering, og kan også hjelpe deg med å fylle ut kravskjema. Kravskjema skal fylles ut unntatt ved krav om medisinsk stønad og sykepenger.

Vær klar over at NAV etter folketrygdloven § 21-4 første ledd kan innhente de opplysningene som er nødvendige for å avgjøre kravet.

### IV Rettigheter i forhold til lov av 16. juni 1989 om yrkesskadeforsikring

Yrkesskader som er blitt påført arbeidstakere, kan - i tillegg til ytelser etter folketrygdens særregler om yrkesskade - gi grunnlag for erstatning etter **lov av 16. juni 1989 nr. 65 om yrkesskadeforsikring**. Spør arbeidsgiveren/arbeidsgiverens forsikringsselskap dersom du er i tvil. Arbeidsgiveren skal ha ført opp navnet på sitt forsikringsselskap i felt 2 på forsiden av dette skjemaet.