Jos olet kokenut työpaikalla fyysisen tai psyykkisen väkivallan uhkaa tai joutunut väkivallan kohteeksi, tee selvitys tapahtuneesta tällä lomakkeella. Täytä lomake mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen ja palauta se esimiehellesi. Esimies vastaa tapahtuman käsittelystä omassa työyhteisössään ja toimittaa lomakkeen työsuojeluvaltuutetulle.

|  |  |
| --- | --- |
| Vahingoittuneen/uhatun nimi | Tehtävänimike      |
| Tapahtumapäivämäärä ja -kellonaika      | Esimiehen nimi      |
| Tapahtumapaikka/työpiste      |
| Tapahtuma[ ]  tavaroiden heitteleminen/paikkojen rikkominen[ ]  sanallinen solvaaminen/huutaminen[ ]  sanallinen uhkaaminen[ ]  töniminen/huitominen/potkiminen[ ]  varkaus/näpistys | [ ]  rahojen sieppaus[ ]  ryöstön yritys[ ]  aseella uhkaileminen[ ]  ryöstö[ ]  fyysisen koskemattomuuden loukkaaminen[ ]  sukupuolinen häirintä[ ]  lyöminen |
| [ ]  muu tilanne, mikä?       |
| Selostus tapahtuneesta (jatka tarvittaessa lisäpaperille)                |
| Tapahtuman seuraukset (ruumiilliset ja henkiset vammat, aineelliset vahingot)      |
| Silminnäkijä(t)      |
| Uhkaaja[ ]  vihainen asiakas / oppilas[ ]  alkoholin vaikutuksen alainen asiakas[ ]  huumausaineen vaikutuksen alainen asiakas[ ]  psyykkisesti sairas asiakas / oppilas  | [ ]  dementoitunut asiakas / oppilas[ ]  ulkopuolinen henkilö[ ]  eläin[ ]  muu, mikä?       |
| Uhkaaja aiheuttanut uhkatilanteita aikaisemminkin [ ]  kyllä [ ]  ei [ ]  ei tiedossa |
| Tilanteessa auttoi [ ]  työtoveri [ ]  vahtimestari/vartija [ ]  hälytyslaite  [ ]  asiakas/ulkopuolinen [ ]  muu, mikä/kuka       [ ]  ei kukaan |
| Voitaisiinko vastaava tilanne välttää jollakin keinoin?[ ]  kyllä, miten? [ ]  ei, miksi ei? [ ]  en osaa sanoa      |
| Tapahtumasta ilmoitettu[ ]  Esimiehelle [ ]  Työsuojeluvaltuutetulle [ ]  Työsuojelupäällikölle [ ]  Työterveyshuoltoon [ ]  Poliisiviranomaisille[ ]  Muualle, minne       |
| Päiväys ja allekirjoitus      |

|  |
| --- |
| Esimiehen lausunto sekä toimenpiteet ja toimenpide-ehdotukset            |
| Päiväys ja allekirjoitus      |