



Täytä lomake mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen.

Palauta lomake täytettynä esimiehellesi.

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| Vahingoittuneen/uhatun nimi | Tapahtumapäivä ja -aika |
| Vahingoittuneen/uhatun nimi | Työyksikkö              |
| Tapahtumapaikka/työpiste    |                         |

### Tapahtuma

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> huutaminen                                     | <input type="checkbox"/> varkaus/näpistys                          |
| <input type="checkbox"/> sanallinen uhkaileminen                        | <input type="checkbox"/> aseella uhkaileminen                      |
| <input type="checkbox"/> tavaroiden heittelemineen/paikkojen rikkominen | <input type="checkbox"/> asiakkaiden/potilaiden välinen ristiriita |
| <input type="checkbox"/> töniminen/huitominen/potkiminen                | <input type="checkbox"/> ryöstö/rahojen sieppaus                   |
| <input type="checkbox"/> kiinnikäyminen/liikuminen estäminen            | <input type="checkbox"/> muu, mikä _____                           |

### Selostus tapahtuneesta

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

### Tapahtuman seuraukset (ruumiilliset, henkiset, aineelliset)

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

Tapahtuman näki myös

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

### UHKAAJA

|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> mies   | <input type="checkbox"/> vihainen asiakas      | <input type="checkbox"/> alkoholin vaikutuksen alainen             |
| <input type="checkbox"/> nainen | <input type="checkbox"/> vihainen omainen      | <input type="checkbox"/> mielenterveydellisistä ongelmista kärsivä |
| ikä _____                       | <input type="checkbox"/> huumausaineen alainen | <input type="checkbox"/> muu, mikä _____                           |

Uhkaaja on aiheuttanut uhkatilanteita aikaisemmin

|                                |                             |                     |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> kyllä | <input type="checkbox"/> ei | Uhkaajan nimi _____ |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------------|

Voitaisiinko vastaava tilanne välttää tulevaisuudessa

|                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> kyllä | <input type="checkbox"/> ei, miksi ei? | <input type="checkbox"/> en osaa sanoa |
|--------------------------------|--|--|

Perustelut

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

### Ehdotus/toimenpiteitä tilanteen korjaamiseksi ja uuden uhkatilanteen ehkäisemiseksi

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

### Päiväys ja allekirjoitus (ilmoittaja)

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

Tapahtuma on käsitelty työyksikössä

|                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> kyllä | <input type="checkbox"/> ei |
|--------------------------------|-----------------------------|

Tapahtuman johdosta sovitut toimenpiteet

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

### Tapahtumasta on otettu yhteyttä esimiehen lisäksi

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Työsuojeluvaltuutettuun | <input type="checkbox"/> Työterveyshuoltoon | <input type="checkbox"/> Vartiointiliikkeeseen |
| <input type="checkbox"/> Työsuojelupäällikköön   | <input type="checkbox"/> Työsuojelupiiriin  | <input type="checkbox"/> Poliisiin             |
| <input type="checkbox"/> Muualle, minne? _____   |   |  |

### Päiväys ja allekirjoitus (esimies)

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