

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)

für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

4 Empfänger

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

5 Name, Vorname des Versicherten		6 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr							
7 Straße, Hausnummer		Postleitzahl		Ort									
8 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		9 Staatsangehörigkeit		10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter									
11 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		12 Unfallzeitpunkt		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute	13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)				
14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)													
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen													
15 Verletzte Körperteile						16 Art der Verletzung							
17 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen?						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort		später am		Tag	Monat	Stunde	
18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		Tag	Monat	Jahr			
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)									War diese Person Augenzeuge?				
									<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses						21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung							
						Beginn		Stunde	Minute	Ende		Stunde	Minute
22 Datum													
Leiter (Beauftragter) der Einrichtung				Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)									