

UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler, Studierende

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

2 Träger der Einrichtung

4 Empfänger

Bitte auswählen und mit der Eingabelaste bestätigen

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 Bitte auswählen		10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter				
11 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		12 Unfallzeitpunkt			13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)			
		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute		
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?						Tag	Monat	Stunde
						<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> sofort	<input type="checkbox"/> später am
18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?						Tag	Monat	Jahr
						<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	
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				
				Stunde	Minute	Stunde	Minute	
				Beginn		Ende		
22 Datum		Leiter (Beauftragter) der Einrichtung			Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)			