

1 Name und Anschrift des Unternehmens

UNFALLANZEIGE

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger/-in

--	--

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich

Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/in

Ja

Nein

10 Auszubildende/-r

Ja

Nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in

mit der Unternehmerin/dem Unternehmer:

verheiratet

in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend

verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung

besteht für Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall

Ja

Nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag

Monat

Jahr

Stunde

Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?

Ja

Nein

21 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person

Beginn

Stunde

Minute

Ende

Stunde

Minute

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?

Monat

Jahr

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

Nein

Sofort

Später, am

Tag

Monat

Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

Nein

Ja, am

Tag

Monat

Jahr

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen