

1 Name und Anschrift des Unternehmens

# UNFALLANZEIGE

3 Empfänger/in

--	--

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

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

4 Name, Vorname der versicherten Person	5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
---	----------------	-----	-------	------

6 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
----------------------	--------------	-----

7 Geschlecht Männlich      Weiblich	8 Staatsangehörigkeit	9 Leiharbeitnehmer/in Ja      Nein
--	-----------------------	---------------------------------------

10 Auszubildende/r Ja      Nein	11 Die versicherte Person ist Unternehmer/in      mit der Unternehmerin / dem Unternehmer Gesellschafter/in      verheiratet Geschäftsführer/in      in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend verwandt
------------------------------------	---

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> 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      *ggf. Beiblatt verwenden*

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