

### 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

<b>7 Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> keine Angabe	<b>8 Staatsangehörigkeit</b>	<b>9 Leiharbeiter/In</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	------------------------------	---

<p><b>10 Auszubildende/-r</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><b>11 Die versicherte Person ist</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> Unternehmer/-in</p> <p><input type="checkbox"/> Gesellschafter/-in Geschäftsführer/-in</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> mit der Unternehmerin/dem Unternehmer:</p> <p><input type="checkbox"/> verheiratet</p> <p><input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend</p> <p><input type="checkbox"/> verwandt</p> </div> </div>
--	--

<b>12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung</b> besteht für <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	<b>13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)</b>
---	---

<b>14 Tödlicher Unfall</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<b>15 Unfallzeitpunkt</b> <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td colspan="3">Jahr</td> <td>Stunde</td> <td>Minute</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Tag	Monat	Jahr			Stunde	Minute								<b>16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)</b>  Unfall im Homeoffice <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Tag	Monat	Jahr			Stunde	Minute																

**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

<b>18 Verletzte Körperteile</b>	<b>19 Art der Verletzung</b>
---------------------------------	------------------------------

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					
		Stunde	Minute		Stunde	Minute
	Beginn			Ende		

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?			Tag	Monat	Stunde
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> Später, am			

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?				Tag	Monat	Jahr	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am							

28 Datum	Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen
----------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------