

1 Name und Anschrift der Einrichtung					<div>UNFALLANZEIGE</div> <div>für Kinder in Tagesbetreuung oder vorschulischer Sprachförderung, Schülerinnen und Schüler, Studierende</div>												
4 Empfänger/-in					2 Träger der Einrichtung												
					3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers												
5 Name, Vorname der versicherten Person					6 Geburtsdatum			Tag		Monat		Jahr					
7 Straße, Hausnummer					Postleitzahl			Ort									
8 Geschlecht <div><input type="checkbox"/> Divers</div> <div><input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> keine Angabe</div>					9 Staatsangehörigkeit			10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten									
11 Tödlicher Unfall <div><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</div>		12 Unfallzeitpunkt			13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)												
		Tag   Monat   Jahr   Stunde   Minute			Unfall beim Distanzunterricht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja												
14 Ausführliche Schilderung des Unfallherganges (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)																	
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> anderer Personen																	
15 Verletzte Körperteile					16 Art der Verletzung												
17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?										Tag		Monat		Stunde			
<div><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am</div>																	
18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?										Tag		Monat		Jahr			
<div><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am</div>																	
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)										War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?							
										<div><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</div>							
20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses										21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung							
										Stunde		Minute		Stunde		Minute	
										Beginn				Ende			
22 Datum					Leiter/-in (Beauftragte-r) der Einrichtung					Telefon-Nr. für Rückfragen							