

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger

3 Empfänger/-in

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers ☐ Keine Angabe

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

☐ Nein ☐ Ja

10 Auszubildende/-r

☐ Nein ☐ Ja

11 Die versicherte Person ist

☐ Unternehmer/-in

☐ mit dem/der Unternehmer/-in

☐ Gesellschafter/-in

☐ verheiratet/in eingetragener

Geschäftsführer/-in

Lebenspartnerschaft lebend

☐ verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung

besteht für Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds)

14 Tödlicher Unfall?

☐ Nein ☐ Ja

15 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm)

Uhr

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Unfall im Homeoffice

☐ Nein ☐ Ja

18 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

19 Verletzte Körperteile

20 Art der Verletzung

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

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?

☐ Nein ☐ Ja

22 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

23 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person (hh:mm)

Beginn

Uhr

Ende

Uhr

24 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

25 Seit wann bei dieser Tätigkeit? (TT.MM.JJJJ)

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

27 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

☐ Nein

☐ Sofort

☐ Später, am

(TT.MM) um

Uhr (hh)

28 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

☐ Nein

☐ Ja, am

(TT.MM.JJJJ)

29 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen