

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