

Unfallanzeige Patienten

Bitte an Stabstelle Sicherheitsmanagement per Mail (unfallanzeigen@med.uni-rostock.de) versenden.

Name und Anschrift des Unternehmens

Universitätsmedizin Rostock
Schillingallee 35
18057 Rostock



Name, Vorname des Patienten		Geburtsdatum des Patienten
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Name der Krankenkasse/Pflegekasse		
Behandlungsform	☐ ambulant ☐ teilstationär ☐ stationär	
Name der Station/des Bereiches in dem der Unfall passiert ist		
Unfallzeitpunkt (Tag und Uhrzeit)	____.____.____ / ____:____	
Unfallort		
Ausführliche Schilderung des Unfalls (Beschreiben Sie den Verlauf des Unfalls, Beteiligung von anderen Personen, relevante Beobachtungen)		
Verletzte Körperteile		
Art der Verletzung		
Ist durch den Unfall eine Verlängerung der Behandlung zu erwarten?	☐ nein ☐ ja, aus folgendem Grund:	
Wer hat vom Unfall zuerst Kenntnis genommen		War diese Person Augenzeuge
		☐ ja ☐ nein

☐ Das Sturzprotokoll finden Sie im Anhang zur Unfallanzeige

Datum

Stempel Unternehmen

Tel. Nr. für Rückfragen