

# UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger/-in

Unfallkasse  
Mecklenburg-Vorpommern  
Postfach 11 02 32  
19002 Schwerin

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich  Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Ja  Nein

10 Auszubildende/-r

Ja  Nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/  
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in  
Geschäftsführer/-in

verheiratet  
 in eingetragener  
Lebenspartnerschaft lebend  
 verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung  
besteht für  Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

Ja  Nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

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

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

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

War diese Person Augenzeugin/Augezeuge  
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

Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

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?

Nein  Sofort  Später, am Tag Monat Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

Nein  Ja, am Tag Monat Jahr

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen

## **Hinweise zur Bearbeitung von Unfallanzeigen von Versicherungsfällen in der gesetzlichen Unfallversicherung**

1. **Jeder** Unfall ist meldepflichtig, sofern er sich während der Dienstzeit, auf dem Arbeitsweg, während Dienstreisen oder –gängen, auch außerhalb der regulären Dienstzeit, ereignet hat und zur Inanspruchnahme eines Arztes führte. Die Anzeige eines Arbeitsunfalls hat binnen 3 Werktagen mittels Unfallanzeige an die Arbeitssicherheit zu erfolgen.

Bagatellunfälle sind unter dem Aspekt späterer Unfallfolgen vorbeugend im Verbandbuch festzuhalten. Mögliche Zeugen sollten den Eintrag im Verbandsbuch gegenzeichnen.

### 2. **Die Unfallanzeige**

Zur Meldung eines Unfalls gibt es ein Formular, das auf der Internetseite der Arbeitssicherheit über den Pfad

<http://www.med.uni-rostock.de/> → Über uns → Stabsstellen → Arbeitssicherheit

bzw. im Intranet unter *Verwaltung* → *Arbeitssicherheit* bearbeitet und ausgedruckt werden kann.

Dies gilt für die Unfallanzeigen der Mitarbeiter der Universitätsmedizin und der Medizinischen Fakultät Rostock. Studenten/-innen haben ein extra Formular.

Bitte öffnen Sie den zutreffenden Vordruck auf dem Bildschirm, füllen und drucken ihn aus (eine Speicherung ist nicht möglich) und lassen das Formular dann vom Vorgesetzten unterschreiben.

Wichtig: Die **Unternehmensnummer** der Universitätsmedizin Rostock **586719214491001** ist unter Punkt 2 der Unfallanzeige einzutragen.

Für ggf. zusätzlich, notwendige Informationen zum Unfall arbeiten Sie bitte zusätzlich zur Unfallanzeige mit Skizzen, Stadtplankopien und gesonderten Blättern. Für eventuelle Rückfragen ist die Angabe ihrer telefonischen Erreichbarkeit von Vorteil.

Die Unfallanzeige **senden** Sie dann bitte zur Weiterbearbeitung **an die Arbeitssicherheit (AS), Postfach 10 08 88, 18057 Rostock**. Erst die Arbeitssicherheit wird die Unfallmeldung an die Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern bzw. das LAGuS weiterleiten!

- 2.1. Einen Wegeunfall-Fragebogen ***gibt es nicht***. Bei Nachfragen wendet sich die Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern direkt an die verunfallte Person.
- 2.2. ***Bei Unfällen mit Todesfolge oder bei Massenunfällen und bei Unfällen mit schweren Verletzungen*** hat der Leiter der Einrichtung außerdem den Kaufmännischen Direktor auf direktem Wege zu unterrichten, welche über die Meldung nach Außen (Rechtsreferat des Finanzministeriums, Gewerbeaufsicht, Polizei ...) entscheidet.

### 3. Studenten, Schüler/innen, Auszubildende

Unfälle von **Schülerinnen und Auszubildenden** sind auf einem gesonderten Formular unter *Angabe der Ausbildungsstätte* der zuständigen Ausbildungsstätte zuzusenden. Unfälle von **Studenten** sind auf o.g. Formular dem **Studentensekretariat** zuzuleiten. AS ist zu informieren (Kopie). Auch dieses Formular ist unter o.g. Internetadresse abrufbar.

#### 3.1. Berufskrankheiten

Bei Verdacht auf eine Berufskrankheit sollte der Betriebsärztliche Dienst konsultiert werden.

Bitte auch unbedingt vermerken, wenn es sich um einen Beamten handelt.  
Diese Angabe ist zur formellen Regulierung der Ansprüche erforderlich.

**Achtung:** Weisen Sie bitte immer den behandelnden Arzt darauf hin, dass es sich um einen Arbeits- / Berufsunfall handelt.

#### **Für Rückfragen stehen die Fachkräfte für Arbeitssicherheit zur Verfügung.**

*Herr Henrik Scholz*

*Ltd. Fachkraft für Arbeitssicherheit*

*Tel. 0381 – 494 – 5560*

*Fax 0381 – 494 – 5562*

*Herr Stefan Beier*

*Fachkraft für Arbeitssicherheit*

*Tel. 0381 – 494 – 5564 Fax*

*0381 – 494 – 5562*

*Herr Dirk Hilpert*

*Fachkraft für*

*Arbeitssicherheit*

*Tel. 0381 – 494 – 5561*

*Herr Wolfgang Bliesener*

*Mitarbeiter Arbeitssicherheit/*

*Brandschutz*

*Tel. 0381 – 494 – 5563*

*Herr Henning Sattler*

*Leiter Stabsstelle*

*Sicherheitsmanagement*

*Tel. 0381 – 494 – 5567*

**Formulare** können auch weiterhin bei AS abgefordert werden, wenn kein Internet zur Verfügung steht.