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 Leiharbeitnehmer/-in
☐ Ja ☐ Nein

10 Auszubildende/-r
☐ Nein ☐ Ja

11 Die versicherte Person ist
☐ Unternehmer/-in
☐ Gesellschafter/-in Geschäftsführer/-in
☐ mit dem/der Unternehmer/-in
☐ verheiratet/in eingetragener 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