|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 | **8** Staatsangehörigkeit | **9** Leiharbeitnehmer/-in |
| [ ]  Männlich [ ]  Weiblich [ ]  Divers [ ]  Keine Angabe |       | [ ]  Nein [ ]  Ja |
| **10** Auszubildende/-r[ ]  Nein [ ]  Ja | **11** Die versicherte Person ist | [ ]  Unternehmer/-in[ ]  Gesellschafter/-inGeschäftsführer/-in | [ ]  mit dem/der Unternehmer/-in[ ]  verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend[ ]  verwandt |
| **12** Anspruch auf Entgeltfortzahlung  | **13** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds) |
| besteht für |       | Wochen |       |
|  |  |  |  |
| **14** Tödlicher Unfall? | **15** Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm) |
| [ ]  Nein [ ]  Ja |       |        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 |