|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNFALLANZEIGE** |
| **1** Name und Anschrift des Unternehmens | **2** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers |
|       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |
| **3** Empfänger |
|  |  |  |  |  |
|  |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **4** Name, Vorname des Versicherten | **5** Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
|       |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **6** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|       |   |   |   |   |   |       |
| **7** Geschlecht | **8** Staatsangehörigkeit | **9** Leiharbeitnehmer |
| [ ]  männlich [ ]  weiblich |       | [ ]  ja [ ]  nein |
| **10** Auszubildender[ ]  ja [ ]  nein | **11** Ist der Versicherte [ ]  Unternehmer [ ]  Ehegatte des Unternehmers [ ]  mit dem Unternehmer verwandt [ ]  Gesellschafter/Geschäftsführer |
| **12** Anspruch auf Entgeltfortzahlung  | **13** Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort) |
| besteht für |   |   | Wochen |       |
|  |  |
| **14** Tödlicher Unfall? | **15** Unfallzeitpunkt | **16** Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) |
| [ ]  ja [ ]  nein | Tag | Monat | Jahr | Stunde | Minute |       |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **17** Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen) |
|       |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung [ ]  des Versicherten [ ]  anderer Personen |
| **18** Verletzte Körperteile | **19** Art der Verletzung |
|       |       |
| **20** Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen) | War diese Person Augenzeuge? |
|       | [ ]  ja [ ]  nein |
| **21** Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses | **22** Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten |
|       |  | Stunde | Minute |  | Stunde | Minute |
| Beginn |   |   |   |   | Ende |   |   |   |   |
| **23** Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als | **24** Seit wann bei dieser Tätigkeit? | Monat | Jahr |
|       |  |   |   |   |   |   |   |
| **25** In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig? |
|       |
| **26** Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? [ ]  nein [ ]  sofort später, am | Tag | Monat | Stunde |
|  |   |   |   |   |   |   |
| **27** Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? [ ]  nein [ ]  ja, am | Tag | Monat | Jahr |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|       |  |  |       |
| **28** Datum | Unternehmer/Bevollmächtigter | Betriebsrat (Personalrat) | Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner) |