|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNFALLANZEIGE** |
| **1** Name und Anschrift des Unternehmens | **2** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers |
| […] | […] |
|  |  |
| **3** Empfänger/-in |
|  |  |  |  |  |
|  |  | […] |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **4** Name, Vorname der versicherten Person | **5** Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
| […] |  | … | … | … | … | … | … | … | … |
| **6** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| […] | … | … | … | … | … | […] |
| **7** Geschlecht | **8** Staatsangehörigkeit | **9** Leiharbeitnehmer/-in |
| [ ]  Männlich [ ]  Weiblich | […] | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **10** Auszubildende/-r[ ]  Ja [ ]  Nein | **11** Die versicherte Person ist |[ ]  Unternehmer/-in |[ ]  mit der Unternehmerin/dem Unternehmer: |
|  |  |[ ]  Gesellschafter/-inGeschäftsführer/-in |  | [ ]  verheiratet[ ]  in eingetragener  Lebenspartnerschaft lebend[ ]  verwandt |
| **12** Anspruch auf Entgeltfortzahlung  | **13** Krankenkasse (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 [ ]  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/Augenzeuge 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 |
| […] |  | 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 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 |