|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNFALLANZEIGE** |
| **1** Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung,Schule, Hochschule)      | für Kinder in Tageseinrichtungen,Schüler, Studierende |
| **2** Träger der Einrichtung |
|       |
| **4** Empfänger/in |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| **5** Name, Vorname der versicherten Person | **6** Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
|       |  |       |
| **7** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|       |       |       |
| **8** Geschlecht | **9** Staatsangehörigkeit | **10** Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten |
| [ ]  männlich [ ]  weiblich |       |       |
| **11** Tödlicher Unfall? | **12** Unfallzeitpunkt | **13** Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) |
| [ ]  ja [ ]  nein | Tag | Monat | Jahr | Stunde | Minute |       |
|  |       |   |   |   |   |
| **14** Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart) |
|       |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung [ ]  der versicherten Person [ ]  anderer Personen |
| **15** Verletzte Körperteile | **16** Art der Verletzung |
|       |       |
| **17** Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen? |  [ ]  nein [ ]  sofort [ ] später am | Tag | Monat | Stunde |
|   |   |   |   |   |   |
| **18** Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?  |  [ ]  nein [ ]  ja, am | Tag | Monat | Jahr |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **19** Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) | War diese Person Augenzeuge? |
|       | [ ]  ja [ ]  nein |
| **20** Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder des Krankenhauses | **21** Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung |
|       |  | Stunde | Minute |  | Stunde | Minute |
| Beginn |   |   |   |   | Ende |   |   |   |   |
|       |       |       |
| **22** Datum | Leiter/in (Beauftragte/r) der Einrichtung | Telefon-Nr. für Rückfragen |