

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

männlich weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall?

ja nein

12 Unfallzeitpunkt

Tag | Monat | Jahr | Stunde | Minute

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

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

Beginn | Stunde | Minute | Ende | Stunde | Minute

22 Datum

Leiter/in (Beauftragte/r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen