

1 Name und Anschrift des Unternehmens		UNFALLANZEIGE			
		2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
3 Empfänger/-in <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
L <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
4 Name, Vorname der versicherten Person		5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
6 Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort		
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	8 Staatsangehörigkeit		9 Leiharbeiter/-in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
10 Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	11 Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> Unternehmer/-in <input type="checkbox"/> mit der Unternehmerin/dem Unternehmer: <input type="checkbox"/> Gesellschafter/-in <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Geschäftsführer/-in <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwandt				
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen		13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)			
14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	15 Unfallzeitpunkt		Tag	Monat	Jahr
			Stunde	Minute	
16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)					
17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)					
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
21 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses			22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person		
			Beginn	Stunde	Minute
			Ende	Stunde	Minute
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als			24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?		Jahr
			Monat		
25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?					
26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am					
27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am					
28 Datum Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r) Betriebsrat (Personalrat) Telefon-Nr. für Rückfragen					