XIV. Formular Unfallanzeige

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 ☐ Männlich ☐ Weiblich	**8** Staatsangehörigkeit		**9** Leiharbeitnehmer/-in ☐ Ja ☐ Nein
10 Auszubildende/-r ☐ Ja ☐ Nein	**11** Die versicherte Person ist ☐ Unternehmer/-in ☐ Gesellschafter/-in Geschäftsführer/-in	☐ mit der Unternehmerin/dem Unternehmer: ☐ verheiratet ☐ in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend ☐ verwandt	
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für ☐☐ Wochen	**13** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)		
14 Tödlicher Unfall? ☐ Ja ☐ 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 ☐ 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 Beginn Stunde / Minute — Ende Stunde / Minute
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

U 1000 0717 Unfallanzeige