

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 <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? Monat   Jahr	
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 Tag   Monat   Stunde	
27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am Tag   Monat   Jahr	
28 Datum	Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen