

UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder
vorschulischer Sprachförderung,
Schülerinnen und Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

3 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

--	--

5 Name, Vorname der versicherten Person		6 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
7 Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort
8 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Keine Angabe		9 Staatsangehörigkeit	
10 Name, Anschrift und Telefonnummer der gesetzlich Vertretungsberechtigten			
11 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	12 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm) Uhr		Telefonnummer der vers. Person / gesetzlichen Vertreters
13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)			Unfall beim Distanzunterricht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)			
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> anderer Personen Hat ein Gewaltereignis vorgelegen (körperlicher Übergriff, sexueller Übergriff)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
15 Verletzte Körperteile		16 Art der Verletzung	
17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am (TT.MM) um Uhr (hh)			
18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am (TT.MM.JJJJ)			
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)		War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses		21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung (hh:mm) Beginn Uhr Ende Uhr	
22 Datum Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung Telefon-Nr. für Rückfragen			