

# UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger/-in

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich  Weiblich  Divers  Keine Angabe

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Nein  Ja

10 Auszubildende/-r

Nein  Ja

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/  
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in  
Geschäftsführer/-in

verheiratet  
 in eingetragener  
Lebenspartnerschaft lebend  
 verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung  
besteht für  Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

Nein  Ja

15 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm)

Uhr

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Unfall im Homeoffice?

Nein  Ja

18 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

19 Verletzte Körperteile

20 Art der Verletzung

21 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?

Nein  Ja

22 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

23 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten  
Person (hh:mm)

Beginn                      Uhr                      Ende                      Uhr

24 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

25 Seit wann bei dieser Tätigkeit? (TT.MM.JJJJ)

26 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

27 Hat die versicherte Person die Arbeit  
eingestellt?

Nein  Sofort  Später, am                      (TT.MM) um                      Uhr (hh)

28 Hat die versicherte Person die Arbeit  
wieder aufgenommen?

Nein  Ja, am                      (TT.MM.JJJJ)

29 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen