

# 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 Leiharbeiter/-in

Ja  Nein

10 Auszubildende/-r

Ja  Nein

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?

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

: Stunde : Minute : : Stunde : Minute

Beginn : : : Ende : : :

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