

Anlage 1**UNFALLANZEIGE**

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

4 Name, Vorname des Versicherten

5 Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

 männlich weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeitnehmer

 ja nein

10 Auszubildender

 ja nein

11 Ist der Versicherte

 Unternehmer Ehegatte des Unternehmers mit dem Unternehmer verwandt Gesellschafter/Geschäftsführer

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung

Besteht für Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (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 des Versicherten anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)

War diese Person Augenzeuge?

 ja nein

21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten

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 der Versicherte ständig tätig?

26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? nein sofort später, am

Tag

Monat

Jahr

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? nein ja, am

Tag

Monat

Jahr

28 Datum

Unternehmer/Bevollmächtigter

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)