

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens 		2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>										
3 Empfänger <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>												
4 Name, Vorname des Versicherten		5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr										
6 Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort									
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	8 Staatsangehörigkeit		9 Leiharbeitnehmer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	11 Ist der Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt	<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer										
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen		13 Krankenkasse des Versicherten (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"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort später, am Tag Monat Stunde												
27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am Tag Monat Jahr												
28 Datum Unternehmer/Bevollmächtigter Betriebsrat (Personalrat) Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)												