|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | **UNFALLANZEIGE** | | | | | | | | | | |
| **1** Name und Anschrift des Unternehmens | | | | | | | | | | | | | | | | | **2** Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | […] | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **3** Empfänger/-in | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | […] | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** Name, Vorname der versicherten Person | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **5** Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | […] | | | | | | | |
| **6** Straße, Hausnummer | | | | | | | | | | | | | | | Postleitzahl | | | | | Ort | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | […] | | | | | […] | | | | | | | |
| **7** Geschlecht | | | | | | | | | | | | | | | **8** Staatsangehörigkeit | | | | | **9** Leiharbeitnehmer/-in | | | | | | | |
| Männlich  Weiblich  Divers  Keine Angabe | | | | | | | | | | | | | | | […] | | | | | Nein  Ja | | | | | | | |
| **10** Auszubildende/-r  Nein  Ja | | | | | | | **11** Die versicherte Person ist | | | | | Unternehmer/-in  Gesellschafter/-in Geschäftsführer/-in | | | | | | | | | mit dem/der Unternehmer/-in  verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend  verwandt | | | | | | |
| **12** Anspruch auf Entgeltfortzahlung | | | | | | | | **13** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| besteht für | | | […] | | Wochen | | | […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **14** Tödlicher Unfall? | | | | | | **15** Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nein  Ja | | | | | | […] | | | | | […] 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 | | | | | |