|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | **UNFALLANZEIGE** | | | | | | | |
| **1** Name und Anschrift der Einrichtung […] | | | | | | | | | | für Kinder in Tagesbetreuung oder vorschulischer Sprachförderung, Schülerinnen und Schüler, Studierende | | | | | | | |
| **2** Träger der Einrichtung | | | | | | | |
| […] | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | **3** Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger | | | | | | | |
| **4** Empfänger/-in | | | | | | | | | | […] | | | | | | | |
|  |  |  | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
|  | | […] | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5** Name, Vorname der versicherten Person | | | | | | | | | | | | **6** Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | […] | | | | | |
| **7** Straße, Hausnummer | | | | | | Postleitzahl | | | | | | Ort | | | | | |
| […] | | | | | | […] | | | | | | […] | | | | | |
| **8** Geschlecht | | | | | | | | | | | | **9** Staatsangehörigkeit | | | | | |
| Männlich  Weiblich  Divers  Keine Angabe | | | | | | | | | | | | […] | | | | | |
| **10** Name, Anschrift und Telefonnummer der gesetzlich Vertretungsberechtigten | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **11** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12** Tödlicher Unfall? | | | | **13** Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm) | | | | | | | | | | | | | |
| Nein  Ja | | | | […] | | | […] Uhr | | | | | | | | | | |
| **14** Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) | | | | | | | | | | | | | | | **15** Unfall beim Distanzunterricht | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | Nein  Ja | | |
| **16** Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **17** Verletzte Körperteile | | | | | | | | | **18** Art der Verletzung | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | […] | | | | | | | | |
| **19** Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen? | | | | | Nein  Sofort  Später, am […] (TT.MM) um | | | | | | | | | | | | […] Uhr (hh) |
| **20** Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? | | | | | Nein  Ja, am […] (TT.MM.JJJJ) | | | | | | | | | | | | |
| **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 des Besuchs der Einrichtung (hh:mm) | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | Beginn | | […] Uhr | | | Ende | […] Uhr |
| […] | | | […] | | | | | | | | | | | […] | | | |
| **24** Datum | | | Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung | | | | | | | | | | | Telefon-Nr. für Rückfragen | | | |