

# 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