

# UNFALLANZEIGE

**1 Name und Anschrift der Einrichtung**

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
**2 Träger der Einrichtung**

**4 Empfänger/-in**

**3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers**

**5 Name, Vorname der versicherten Person**

**6 Geburtsdatum** Tag Monat Jahr

**7 Straße, Hausnummer**

Postleitzahl

Ort

**8 Geschlecht** **9 Staatsangehörigkeit** **10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten**

Männlich  Weiblich

**11 Tödlicher Unfall**

**12 Unfallzeitpunkt**

Ja  Nein

Tag

Monat

Jahr

Stunde

Minute

**13 Unfallort** (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

**14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs** (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung

der versicherten Person  anderer Personen

**15 Verletzte Körperteile**

**16 Art der Verletzung**

**17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?**

Nein

Sofort

Später am

Tag

Monat

Stunde

**18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?**

Nein

Ja, am

Tag

Monat

Jahr

**19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)**

War diese Person Augenzeugin/ Augenzeuge des Unfalls?

Ja

Nein

**20 Erstbehandlung:**

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

**21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung**

Beginn	Stunde	Minute	Ende	Stunde	Minute
--------	--------	--------	------	--------	--------

**22 Datum**

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen