

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)

für Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

	.	.	/						
--	---	---	---	--	--	--	--	--	--

4 Empfänger

Unfallkasse Hessen
Postfach 10 10 42

60010 Frankfurt

5 Name, Vorname des Versicherten

6 Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

männlich weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter

11 Tödlicher Unfall

ja nein

12 Unfallzeitpunkt

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 des Versicherten anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen?

nein sofort später, am

Tag | Monat | Stunde

18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?

nein ja, am

Tag | Monat | Jahr

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

War diese Person Augenzeuge?

ja nein

20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuches der Einrichtung

Beginn | Stunde | Minute | Ende | Stunde | Minute

22 Datum

Leiter (Beauftragter) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)

Unfallanzeige Schüler