

UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler, Studierende

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

2 Träger der Einrichtung

3 Schulnummer

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

4 Empfänger

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------|-----------------------|---------------------------------------|--|---|---|---|-------|------|------|------|
| 5 Name, Vorname des Versicherten | | | | | 6 Geburtsdatum | | Tag | Monat | Jahr | | |
| 7 Straße, Hausnummer | | | | Postleitzahl | Ort | | | | | | |
| 8 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | | 9 Staatsangehörigkeit | | 10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter | | | | | | | |
| 11 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 12 Unfallzeitpunkt | | | 13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe) | | | | | | |
| | | Tag | Monat | Jahr | Std. | Min. | | | | | |
| 14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart) | | | | | | | | | | | |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen | | | | | | | | | | | |
| 15 Verletzte Körperteile | | | | | 16 Art der Verletzung | | | | | | |
| 17 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am | | | | | | | Tag | Monat | Std. | Min. | |
| 18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am | | | | | | | Tag | Monat | Jahr | | |
| 19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen) | | | | | | | War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | |
| 20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses | | | | | | 21 Beginn u. Ende des Besuchs der Einrichtung | | | | | |
| | | | | | | Beginn | Std. | Min. | Ende | Std. | Min. |
| 22 Datum | | | Leiter (Beauftragter) der Einrichtung | | | | Tel-Nr. und Ansprechpartner für Rückfragen | | | | |
| Tag | Monat | Jahr | | | | | | | | | |