

## **I. Allgemeine Erläuterungen**

Wer ist von der Unfallanzeige  
zu **informieren**?

## II. Erläuterungen zu den Fragen der Unfallanzeige

2. Anzugeben ist die Unternehmensnummer (Mitgliedsnummer) beim Unfallversicherungsträger (z. B. enthalten im Beitragsbescheid oder im Bescheid über die Zuständigkeit).
9. Der im Unternehmen tätige Beschäftigte einer Zeitarbeitsfirma/eines Personaldienstleisters ist ein Leiharbeitnehmer. (Es liegt ein Arbeitnehmerüberlassungsvertrag vor.)
13. Bei gesetzlicher Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld genügt Name, PLZ und Ort der Kasse; in anderen Fällen bitte zusätzlich Art der Versicherung angeben (z. B. Privatversicherung, Rentnerkrankenversicherung, Familienversicherung, freiwillige Versicherung bei gesetzlicher Krankenkasse).
17. Die Schilderung des Unfallhergangs soll detaillierte Angaben zum Unfall und zu seinen näheren Umständen enthalten (wo, wie, warum, unter welchen Umständen, Angabe der beteiligten Geräte oder Maschinen). Insbesondere auf die folgenden Punkte sollte die Schilderung des Unfallhergangs eingehen.

Anzugeben ist der Betriebsteil, in dem sich der Unfall ereignete: z. B. Büro, Schlosserei, Verkauf in der Herrenkonfektion, Betriebshof, Gewächshaus, Stall.

Anzugeben ist die Tätigkeit, die die verletzte Person ausübte. Z. B. ... bediente einen Kunden, ... trug Unterlagen zum Meisterbüro, ... schlug einen Bolzen heraus, ... entlud Lieferwagen, ... reparierte Maschine (Art, Hersteller, Typ, Baujahr).

Anzugeben sind die Umstände, die den Verlauf des Unfalls kennzeichnen (unfallauslösende Umstände, welche Arbeitsmittel wurden benutzt bzw. an welchen Maschinen und Anlagen wurde gearbeitet).  
Z. B.: ...beugte sich zu weit zur Seite aus, dadurch rutschte die Leiter weg und die Person stürzte 3 m in die Tiefe, ... verkantete das Holz und wurde von der Holzkreissäge (Hersteller, Typ, Baujahr) erfasst, ... rutschte durch auf dem Boden liegenden Abfall/Schmutz/Öl/Dung aus.

Waren Arbeitsbedingungen wie Hitze, Kälte, Lärm, Staub, Strahlung gegeben, die mit dem Unfall im Zusammenhang stehen könnten?  
Wurde mit Gefahrstoffen umgegangen, die mit dem Unfall im Zusammenhang stehen könnten?

Die Unfallschilderung kann auf der Rückseite oder auf einem Beiblatt fortgesetzt werden.
18. Beispiele: Rechter Unterarm - Linker Zeigefinger - Linker Fuß und rechte Kopfseite.
19. Beispiele: Prellung, Knochenbruch, Verstauchung, Verbrennung, Platzwunde, Schnittverletzung.
23. Hier einsetzen z. B. Verkäuferin, Buchhalter, Maurer, Elektroinstallateur, Krankenschwester, Landwirt Gärtner und nicht "Arbeiter", "Angestellter" oder "Unternehmer".
25. Beispiele: Büro, Lager, Schlosserei, Labor, Lebensmittelabteilung, Fabrikhof, Bauhof.

1 Name und Anschrift des Unternehmers

# Unfallanzeige

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft  
 für Gesundheitsdienst und  
 Wohlfahrtspflege  
 Bezirksverwaltung \_\_\_\_\_  
 Postfach \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:

4 Name, Vorname d. Versicherten				5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr
6 Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort		
7 Geschlecht männlich weiblich		8 Staatsangehörigkeit			9 Leiharbeiternehmer ja nein			
10 Auszubildender ja nein		11 Ist d. Versicherte Unternehmer mit dem Unternehmer verwandt			Ehegatte des Unternehmers Gesellschafter/Geschäftsführer			
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen			13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)					
14 Tödlicher Unfall? ja nein		15 Unfallzeitpunkt			16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)			
		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute		
17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)								
Die Angaben beruhen auf der Schilderung d. Versicherten anderer Personen								
18 Verletzte Körperteile				19 Art der Verletzung				
20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)							War diese Person Augenzeuge? ja nein	
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses					22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten			
					Beginn	Stunde	Minute	Ende
					Stunde	Minute		
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als				24 Seit wann bei dieser Tätigkeit			Monat	Jahr
25 In welchem Teil des Unternehmens ist d. Versicherte ständig tätig?								
26 Hat d. Versicherte die Arbeit eingestellt?				nein	sofort	später, am		Tag
				Monat	Stunde			
27 Hat d. Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?						nein	ja, am	Tag
						Monat	Jahr	
28 Datum	Unternehmer/Bevollmächtigter			Betriebsrat (Personalrat)		Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)		

1 Name und Anschrift des Unternehmers

# Unfallanzeige

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft  
für Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege  
Bezirksverwaltung \_\_\_\_\_  
Postfach \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:

4 Name, Vorname d. Versicherten				5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr				
6 Straße, Hausnummer			Postleitzahl		Ort							
7 Geschlecht männlich weiblich		8 Staatsangehörigkeit			9 Leiharbeiternehmer ja nein							
10 Auszubildender ja nein		11 Ist d. Versicherte Unternehmer mit dem Unternehmer verwandt			Ehegatte des Unternehmers Gesellschafter/Geschäftsführer							
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen			13 Krankenkasse des Versicherten (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 d. Versicherten anderer Personen												
18 Verletzte Körperteile					19 Art der Verletzung							
20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)								War diese Person Augenzeuge? ja nein				
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses						22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten						
						Beginn	Stunde	Minute	Ende	Stunde	Minute	
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als					24 Seit wann bei dieser Tätigkeit			Monat	Jahr			
25 In welchem Teil des Unternehmens ist d. Versicherte ständig tätig?												
26 Hat d. Versicherte die Arbeit eingestellt?				nein	sofort			später, am		Tag	Monat	Stunde
27 Hat d. Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?							nein	ja, am		Tag	Monat	Jahr
28 Datum		Unternehmer/Bevollmächtigter			Betriebsrat (Personalrat)			Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)				

1 Name und Anschrift des Unternehmers

# Unfallanzeige

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft  
für Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege  
Bezirksverwaltung \_\_\_\_\_  
Postfach \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:

4 Name, Vorname d. Versicherten				5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr		
6 Straße, Hausnummer			Postleitzahl		Ort					
7 Geschlecht männlich weiblich		8 Staatsangehörigkeit			9 Leiharbeiter ja nein					
10 Auszubildender ja nein		11 Ist d. Versicherte Unternehmer mit dem Unternehmer verwandt			Ehegatte des Unternehmers Gesellschafter/Geschäftsführer					
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen			13 Krankenkasse des Versicherten (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 d. Versicherten anderer Personen										
18 Verletzte Körperteile				19 Art der Verletzung						
20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)								War diese Person Augenzeuge? ja nein		
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses					22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten		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 d. Versicherte ständig tätig?										
26 Hat d. Versicherte die Arbeit eingestellt?				nein sofort		später, am			Tag   Monat   Stunde	
27 Hat d. Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?				nein ja, am		Tag		Monat		Jahr
28 Datum		Unternehmer/Bevollmächtigter			Betriebsrat (Personalrat)			Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)		

1 Name und Anschrift des Unternehmers

# Unfallanzeige

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft  
für Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege  
Bezirksverwaltung \_\_\_\_\_  
Postfach \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:

4 Name, Vorname d. Versicherten				5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr				
6 Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort						
7 Geschlecht männlich weiblich			8 Staatsangehörigkeit			9 Leiharbeiter ja nein						
10 Auszubildender ja nein			11 Ist d. Versicherte Unternehmer mit dem Unternehmer verwandt			Ehegatte des Unternehmers Gesellschafter/Geschäftsführer						
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen				13 Krankenkasse des Versicherten (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 d. Versicherten anderer Personen												
18 Verletzte Körperteile					19 Art der Verletzung							
20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)								War diese Person Augenzeuge? ja nein				
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses						22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten						
						Beginn	Stunde	Minute	Ende	Stunde	Minute	
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als					24 Seit wann bei dieser Tätigkeit			Monat	Jahr			
25 In welchem Teil des Unternehmens ist d. Versicherte ständig tätig?												
26 Hat d. Versicherte die Arbeit eingestellt?				nein	sofort			später, am		Tag	Monat	Stunde
27 Hat d. Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?							nein	ja, am		Tag	Monat	Jahr
28 Datum		Unternehmer/Bevollmächtigter			Betriebsrat (Personalrat)			Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)				

1 Name und Anschrift des Unternehmers

# Unfallanzeige

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft  
für Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege  
Bezirksverwaltung \_\_\_\_\_  
Postfach \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:

4 Name, Vorname d. Versicherten				5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr					
6 Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort							
7 Geschlecht männlich weiblich			8 Staatsangehörigkeit			9 Leiharbeiter ja nein							
10 Auszubildender ja nein			11 Ist d. Versicherte Unternehmer mit dem Unternehmer verwandt			Ehegatte des Unternehmers Gesellschafter/Geschäftsführer							
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen				13 Krankenkasse des Versicherten (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 d. Versicherten anderer Personen													
18 Verletzte Körperteile					19 Art der Verletzung								
20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)								War diese Person Augenzeuge? ja nein					
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses						22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten							
						Beginn	Stunde	Minute	Ende	Stunde	Minute		
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als					24 Seit wann bei dieser Tätigkeit			Monat	Jahr				
25 In welchem Teil des Unternehmens ist d. Versicherte ständig tätig?													
26 Hat d. Versicherte die Arbeit eingestellt?				nein		sofort		später, am		Tag	Monat	Stunde	
27 Hat d. Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?							nein		ja, am		Tag	Monat	Jahr
28 Datum		Unternehmer/Bevollmächtigter			Betriebsrat (Personalrat)			Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)					