

Ein Tipp: Wenn Sie die Postleitzahl des Wohnortes des Verletzten eingeben, wird direkt die für Sie zuständige Bezirksverwaltung als Adressat im Briefkopf eingetragen.

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens		2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> </tr> </table>										
3 Empfänger <input type="checkbox"/> Verwaltungen-Berufsgenossenschaft												
4 Name, Vorname des Versicherten		5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr							
6 Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort									
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	8 Staatsangehörigkeit		9 Leiharbeiter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	11 Ist der Versicherte		<input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer									
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für Wochen		13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)										
14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 beschränkt 			24 Seit wann hat diese Tätigkeit? 									
25 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?												
26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort		später, am Tag Monat Stunde								
27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		Tag Monat Jahr								
28 Datum	Unternehmer/Bevollmächtigter	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)									