

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens
Brandenburgische Technische Universität Cottbus
Postfach 10 13 44 03013 Cottbus

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

8 | 0 | 6 | 9 | 2 | | | | | | |

3 Empfänger

Unfallkasse Brandenburg
Postfach 11 13
15201 Frankfurt (Oder)

4 Name, Vorname des 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 der Versicherte

Unternehmer

Ehegatte des Unternehmers

mit dem Unternehmer verwandt

Gesellschafter/Geschäftsführer

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für 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 des 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 der Versicherte ständig tätig?

26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? nein sofort

später, am Tag Monat Stunde

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? nein ja, am

Tag Monat Jahr

0355/69 3569

Schwietzer

28 Datum

Unternehmer/Bevollmächtigter

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)