

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)
Brandenburgische Technische Universität Cottbus - Senftenberg
Postfach 10 13 44
03013 Cottbus

für Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung
Land Brandenburg

4 Empfänger

Unfallkasse Brandenburg
Postfach 11 13
15201 Frankfurt (Oder)

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers
80692

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 des Zeugen)

War diese Person Augenzeuge?

ja nein

20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung

Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

0355/69/3569
Schwietzer

22 Datum

Leiter (Beauftragter) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)