

2 Formular

Unfallanzeige

UNFALLANZEIGE					
1 Name und Anschrift des Unternehmens			2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers		
3 Empfänger/in			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"></div> <div style="width: 45%;"></div> </div>					
4 Name, Vorname der/des Versicherten			5 Geburtsdatum		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> </div>
6 Straße, Hausnummer		Postleitzahl		Ort	
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		8 Staatsangehörigkeit		9 Leiharbeiter/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		11 Ist die/der Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer/in <input type="checkbox"/> Ehegatte/-in des/der Unternehmers/-in <input type="checkbox"/> mit dem/der Unternehmer/in verwandt <input type="checkbox"/> Gesellschafter/in, Geschäftsführer/in			
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wochen		13 Krankenkasse der/des Versicherten (Name, PLZ, Ort)			
14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		15 Unfallzeitpunkt		16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> <div>Stunde</div> <div>Minute</div> </div>			
17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)					
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der/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 der Zeugin/des Zeugen)					War diese Person Augen zeuge/-in? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21 Name und Anschrift des/der erstbehandelnden Arztes/Ärztin, Krankenhauses			22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der/des Versicherten		
			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Beginn</div> <div>Stunde</div> <div>Minute</div> <div>Ende</div> <div>Stunde</div> <div>Minute</div> </div>		
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als			24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> </div>
25 In welchem Teil des Unternehmens ist die/der Versicherte ständig tätig?					
26 Hat die/der Versicherte die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Stunde</div> </div>		
27 Hat die/der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> </div>		
28 Datum		Unternehmer/in, Bevollmächtigte/r		Betriebsrat (Personalrat)	
Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechperson)					