|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNFALLANZEIGE** |
| **1** Name und Anschrift der Einrichtung[…] | für Kinder in Tagesbetreuung oder vorschulischer Sprachförderung, Schülerinnen und Schüler, Studierende |
| **2** Träger der Einrichtung |
| […] |
|  | **3** Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger |
| **4** Empfänger/-in | […] |
|  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **5** Name, Vorname der versicherten Person | **6** Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
| […] | […] |
| **7** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| […] | […] | […] |
| **8** Geschlecht | **9** Staatsangehörigkeit |
| [ ]  Männlich [ ]  Weiblich [ ]  Divers [ ]  Keine Angabe | […] |
| **10** Name, Anschrift und Telefonnummer der gesetzlich Vertretungsberechtigten |
| […] |
| **11** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds) |
| […] |
| **12** Tödlicher Unfall? | **13** Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm) |
| [ ]  Nein [ ]  Ja | […] | […] Uhr |
| **14** Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) | **15** Unfall beim Distanzunterricht |
| […] | [ ]  Nein [ ]  Ja |
| **16** Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart) |
| […] |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung [ ]  der versicherten Person [ ]  anderer Personen |
| **17** Verletzte Körperteile | **18** Art der Verletzung |
| […] | […] |
| **19** Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen? | [ ]  Nein [ ]  Sofort [ ]  Später, am […] (TT.MM) um | […] Uhr (hh) |
| **20** Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? | [ ]  Nein [ ]  Ja, am […] (TT.MM.JJJJ) |
| **21** Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) | War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? |
| […] | [ ]  Nein [ ]  Ja |
| **22** Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses | **23** Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung (hh:mm) |
| […] | Beginn | […] Uhr | Ende | […] Uhr |
| […] | […] | […] |
| **24** Datum | Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung | Telefon-Nr. für Rückfragen |