

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

0	5	2	0	5	1	3	5	8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3 Empfänger/-in

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

4 Name, Vorname der versicherten Person	5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
---	----------------	-----	-------	------

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 Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	11 Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> Unternehmer/-in <input type="checkbox"/> Gesellschafter/-in Geschäftsführer/-in	<input type="checkbox"/> mit der Unternehmerin/ dem Unternehmer: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwandt
--	---	---

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen	13 Krankenkasse (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 der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile	19 Art der Verletzung
--------------------------	-----------------------

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)	War diese Person Augenzeugin/Augezeuge des Unfalls? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

21 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses	22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person 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 die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am	Tag Monat Stunde
---	---	----------------------

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am	Tag Monat Jahr
--	---	--------------------

28 Datum	Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen
----------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------

DGUV U 1000 0717 Unfallanzeige

(R) U 1000 - 07.17-