

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)

**Staatl. Fachschule (Technikerschule)
für Maschinenbautechnik**

**Marienstr. 1
84028 Landshut**

für Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

4 Empfänger

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

5 Name, Vorname des Versicherten		6 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr
7 Straße, Hausnummer		Postleitzahl		Ort		
8 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		9 Staatsangehörigkeit		10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter		
11 Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		12 Unfallzeitpunkt		13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)		
		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute

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?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort		später am <input type="checkbox"/>			Tag	Monat	Stunde
18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		Tag	Monat	Jahr			
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)		War diese Person Augenzeuge?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses		21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung		Beginn		Ende			
		Stunde	Minute	Stunde	Minute				
						S. Postruznik, OStR stv. Schulleiter 0871/2763372			
22 Datum		Leiter (Beauftragter) der Einrichtung			Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)				