

UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler,
Studierende

2 Träger der Einrichtung

Landratsamt Forchheim,

Am Streckerplatz 3, 91301 Forchheim

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

1 Name und Anschrift der Einrichtung

Berufliches Schulzentrum Forchheim

Fritz-Hoffmann-Straße 3

91301 Forchheim

4 Empfänger/-in

Per Fax 089 36093-135

Bayerischer

Gemeindeunfallversicherungsverband

80791 München

5 Name, Vorname der versicherten Person

6 Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

Männlich Weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

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

der versicherten Person

anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch
der Einrichtung unterbrochen?

Nein

Sofort

Später am

Tag

Monat

Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch
der Einrichtung wieder aufgenommen?

Nein

Ja, am

Tag

Monat

Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/ Augenzeuge
des Unfalls?

Ja

Nein

20 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

21 Unterrichtsbeginn und Unterrichtsende (regulär)

Beginn

Stunde

Minute

Ende

Stunde

Minute

22 Datum

E. Bräunig, OstDin - Schulleiterin

Telefon-Nr. für Rückfragen