

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger/-in

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich Weiblich Divers Keine Angabe

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Nein Ja

10 Auszubildende/-r

Nein Ja

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in

verheiratet
 in eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend
 verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
besteht für Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds)

14 Tödlicher Unfall?

Nein Ja

15 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm)

Uhr

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Unfall im Homeoffice?

Nein Ja

18 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

19 Verletzte Körperteile

20 Art der Verletzung

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 der Arbeitszeit der versicherten
Person (hh:mm)

Beginn Uhr Ende Uhr

24 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

25 Seit wann bei dieser Tätigkeit? (TT.MM.JJJJ)

26 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

27 Hat die versicherte Person die Arbeit
eingestellt?

Nein Sofort Später, am (TT.MM) um Uhr (hh)

28 Hat die versicherte Person die Arbeit
wieder aufgenommen?

Nein Ja, am (TT.MM.JJJJ)

29 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen

Beiblatt zur Unfallanzeige der gesetzlichen Unfallversicherer

- **Ist nur für den universitätsinternen Gebrauch bestimmt!**
- **Ist vom zuständigen Sicherheitsbeauftragten auszufüllen!**

1. Angaben zum Verunfallten

- 1.1 Name, Vorname:
- 1.2 Telefon (bei Rückfragen):
- 1.3 E-mail (bei Rückfragen):
- 1.4 Unfalldatum:

2. Arbeitsunfall – zusätzliche Angaben

- 2.1 In welchem Bereich (Labor, Werkstatt, Büro etc.) ereignete sich der Unfall?
- 2.2 An welchem Betriebsmittel (Maschine) ereignete sich der Unfall? (Hersteller, Typ, Baujahr)
- 2.3 Welche technischen Schutzvorrichtungen sind vorhanden?
- 2.4 Welche persönliche Schutzausrüstung hat der Verletzte benutzt?
- 2.5 Welche Maßnahmen wurden getroffen, um ähnliche Unfälle in Zukunft zu verhindern?
- 2.6 Wann wurde der Verletzte zuletzt nachweislich über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit unterwiesen?
Datum:

3. Wegeunfall – zusätzliche Angaben / Anmerkungen

4. Meldung an den Vorgesetzten / Verantwortlichen für Arbeitsschutz

- 4.1 Wann wurde der unmittelbare Vorgesetzte bzw. für den Arbeitsschutz Verantwortliche über das Unfallgeschehen informiert?
Datum:
- 4.2 Name, Vorname des Vorgesetzten / Verantwortlichen:
- 4.3 Name, Vorname der/des Sicherheitsbeauftragten:
Telefon (bei Rückfragen):

Datum

Unterschrift (Sicherheitsbeauftragte/r)

Bei Unfallursachen von erheblicher sicherheitstechnischer Bedeutung sind umgehend die Stabsstelle Arbeits-, Gesundheits-, Tier- und Umweltschutz (Tel. 31-82685 oder -84897) und der Personalrat der Universität (31-82003) zu informieren!