

Für Unfälle durchgehend geöffnet!

Unfallanzeige für Arbeits-, Schul- und Wegeunfälle

| | |
|---|--|
| Name und Anschrift Unternehmen Schule Kita | |
| Zuständige Berufsgenossenschaft: | |
| Hausarzt : | |
| Name, Vorname, Geburtsdatum | Straße / PLZ / Ort |
| Telefonnummer | Krankenkasse |
| Staatsangehörigkeit | Tetanusschutz (Wichtig bei offenen Wunden) |
| Unfalldatum, Unfallzeit | Arbeit abgebrochen () zum Betriebsarzt () weiter gearbeitet () zum Hausarzt () |
| Arbeits- Schulbeginn am Unfalltag | Arbeits- Schulende am Unfalltag |
| Berufsbezeichnung | Seit wann in der Firma / Schule beschäftigt? |
| Verhalten nach dem Unfall (gekühlt/ Verband/.....) | |
| Erstbehandlung wo anders wenn ja wann und wo? (KH/D-Arzt/ H-Arzt/Hausarzt usw.) | |
| Genauer Unfallhergang / Unfallort (was ist passiert/ wie ist es passiert/ wo sind die Schmerzen bzw. Beschwerden/ wo ist es passiert) | |