|  |  |
| --- | --- |
|  | UNFALLANZEIGE |
| 1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule | für Kinder in Tageseinrichtungen,**Schüler und Studierende** |
|       | 2 Träger der Einrichtung |
| 4 Empfänger | 3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers  |
| Unfallkasse Rheinland-Pfalz**Orensteinstr. 10**56626 Andernach |        |
| 5 Name, Vorname des Versicherten | 6 Geburtsdatum  | Tag | Monat | Jahr |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|  |   |   |   |   |   |  |
| 8 Geschlecht**[ ]**  männlich **[ ]**  weiblich | 9 Staatsangehörigkeit | 10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter  |
| 11 Tödlicher Unfall?**[ ]**  ja **[ ]**  nein | **12** Unfallzeitpunkt | 13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit Postleitzahl) |
|  | 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 derEinrichtung unterbrochen **[ ]**  nein **[ ]**  sofort **[ ]**  später am | Tag | Monat | Stunde |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 18 Hat der Versicherte den Besuch derEinrichtung wieder aufgenommen? **[ ]**  nein **[ ]**  ja, am | Tag | Monat | Jahr |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen (Name, Anschrift von Zeugen) |  War diese Person Augenzeuge? **[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| 20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes / Krankenhauses | 21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung |
|  | Beginn | Stunde | Minute | Ende | Stunde | Minute |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |       |  |  |
| 22 Datum Leiter (Beauftragter) der Einrichtung Telefonnummer bei Rückfragen (Ansprechpartner) |

#