

# UNFALLANZEIGE

**1 Name und Anschrift der Einrichtung**  
 Grundschule "Thomas Müntzer"  
 Blönsdorf 22  
 Blönsdorf  
 14913 Niedergörsdorf

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
 vorschulischer Sprachförderung,  
 Schülerinnen und Schüler, Studierende

**2 Träger der Einrichtung**

**4 Empfänger/-in**

**3 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger**

Diese Unfallanzeige können Sie zur Vorlage in der  
 o.g. Schule nutzen.  
 Die Unfallanzeige wird online durch die Mitarbeiter  
 der Grundschule vorgenommen.

<b>5 Name, Vorname der versicherten Person</b>		<b>6 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)</b>				
<b>7 Straße, Hausnummer</b>		<b>Postleitzahl</b>	<b>Ort</b>			
<b>8 Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Keine Angabe		<b>9 Staatsangehörigkeit</b>				
<b>10 Name, Anschrift und Telefonnummer der gesetzlich Vertretungsberechtigten</b>						
<b>11 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds)</b>						
<b>12 Tödlicher Unfall?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<b>13 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm)</b> <small>Uhr</small>					
<b>14 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)</b>		<b>15 Unfall beim Distanzunterricht</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
<b>16 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)</b>						
Die Angaben beruhen auf der Schilderung		<input type="checkbox"/> der versicherten Person	<input type="checkbox"/> anderer Personen			
<b>17 Verletzte Körperteile</b>		<b>18 Art der Verletzung</b>				
<b>19 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?</b>		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> Später, am	(TT.MM) um	Uhr (hh)
<b>20 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?</b>		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am	(TT.MM.JJJJ)		
<b>21 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)</b>		War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
<b>22 Erstbehandlung:</b> Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses		<b>23 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung (hh:mm)</b> Beginn      Uhr      Ende      Uhr				
<b>24 Datum</b>	<b>Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung</b>			<b>Telefon-Nr. für Rückfragen</b>		