

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)
 Städt. Gesamtschule Höhscheid
 Kanalstr. 20
 42657 Solingen

für Kinder in Tageseinrichtungen,
 Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung
 Stadt Solingen

4 Empfänger

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
 Regionaldirektion Rheinland
 Geschäftsbereich Kommunen
 Postfach 12 05 30
 40605 Düsseldorf

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers
 09008704

5 Name, Vorname des Versicherten	6 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
---	-----------------------	-----	-------	------

7 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
-----------------------------	--------------	-----

8 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	9 Staatsangehörigkeit	10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter
--	------------------------------	---

11 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 des Versicherten anderer Personen

15 Verletzte Körperteile	16 Art der Verletzung
---------------------------------	------------------------------

17 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort	später am	Tag	Monat	Stunde
--	---	-----------	-----	-------	--------

18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	Tag	Monat	Jahr
--	---	-----	-------	------

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)	War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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	Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)
-----------------	---------------------------------------	--