

# UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)  
Geschwister-Scholl-Gymnasium  
Von-Humboldt-Str. 14  
48159 Münster

für Kinder in Tageseinrichtungen,  
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung  
Stadt Münster

4 Empfänger

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen  
Regionaldirektion Westfalen-Lippe  
Postfach 59 67  
48135 Münster

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

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?

nein  sofort

später am

Tag Monat Stunde

18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung 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

R. Cyrus

0251 263360

Fr. Latic

22 Datum

Leiter (Beauftragter) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)