

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
--------	--------	--------	------	--------	--------

0251 263360

22 Datum

Leiter (Beauftragter) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)