

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens		2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
3 Empfänger <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Unfallkasse Nordrhein-Westfalen Salzmannstraße 156 48159 Münster</p> </div>														
4 Name, Vorname des Versicherten		5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr									
6 Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort											
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	8 Staatsangehörigkeit		9 Leiharbeiternehmer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein											
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	11 Ist der Versicherte		<input type="checkbox"/> Unternehmer	<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers	<input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt									
<input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt	<input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer	12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen												
13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)		14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
15 Unfallzeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute									
16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)														
17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)														
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen														
18 Verletzte Körperteile			19 Art der Verletzung											
20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)				War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses			22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten											
			Beginn	Stunde	Minute									
			Ende	Stunde	Minute									
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als			24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?											
			Monat	Jahr										
25 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?														
26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am														
27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am														
28 Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>														

Anlage zu Unfallanzeige

1. Gehört der Verletzte einer **Feuerwehr** an ? ja nein
 ehrenamtlich hauptberuflich
oder handelt es sich um einen **Helfer** aus der Bevölkerung ? ja nein

1.1 Name der Freiwilligen Feuerwehr:

1.2 Löscheinheit / Löschgruppe:

2. **Art der Feuerwehr**

Freiwillige Feuerwehr

Jugendfeuerwehr

Hauptamtliche Wachbereitschaft

Berufsfeuerwehr

Werkfeuerwehr

3. **Art des Feuerwehrdienstes zum Unfallzeitpunkt (Unfalltag)**

3.1 Brandbekämpfung

3.2 Rettungsdienst, Krankentransport

3.3 Technische Hilfeleistung

3.4 Abwehr sonstiger Gefahren

3.5 Übungs- und Schulungsdienst

3.6 Arbeits- und Werkstättendienst

3.7 Körperschulung und Sport

3.8 Feuerwehrdienstliche Veranstaltung (Art der Veranstaltung angeben)

3.9 **Katastrophenschutz/ Zivilschutz**

3.9.1 Trat der Unfall im Katastrophenschutz des **Zivilschutzes** ein ? ja nein

3.9.2 Handelte es sich um Ausbildung, Übung oder Einsatz einer überörtlichen oder besonderen Einheit ?

(ABC-Zug, Löschzug Gefahrgut, Fernmeldezug usw.) ja nein

Wenn ja, welche (bitte nachfolgend angeben)

3.9.3 Ist der/die Feuerwehrangehörige verpflichteter KatS-Helfer ? ja nein

4. **Beruf des/der Verletzten:**

5. **Bei wem ist der/die Verletzte beruflich tätig ?** (genaue Anschrift des Arbeitgebers)

6. Hat der/die Verletzte die Tätigkeit in seinem/ihrem Zivilberuf eingestellt ?

ja, ggf. von / bis

nein

7. Ist der/die Verletzte krankenversichert ? pflicht freiwillig privat

8. Fernsprechanschluss des/der Verletzten (einschl. Vorwahl)

9. Bankverbindung:

Kontonummer: BLZ:

Bank/Sparkasse: