

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)

Berufliches Schulzentrum Forchheim
Fritz-Hoffmann-Str. 3

91301 Forchheim

4 Empfänger

Kommunale Unfallversicherung
Bayern

Postfach
80791 München

für Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung
Landkreis Forchheim

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

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

7 Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

8 Geschlecht männlich weiblich | 9 Staatsangehörigkeit **deutsch** | 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 oder anderer Personen

15 Verletzte Körperteile | 16 Art der Verletzung

17 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen? ja nein sofort später am | Tag | Monat | Stunde

18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? ja nein | 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

23.01.2012 | **Zürl 09191-7074-44**

22 Datum | E. Bräunig, StDin | Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)

Formatiert: Links, Keine, Abstand Vor: 0 pt, Nach: 0 pt, Vom nächsten Absatz trennen

Formatiert: Links, Keine, Abstand Vor: 0 pt, Nach: 0 pt, Vom nächsten Absatz trennen

Formatiert: Links, Keine, Abstand Vor: 0 pt, Nach: 0 pt, Vom nächsten Absatz trennen