

# UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)  
**Berufliches Schulzentrum Forchheim**  
**Fritz-Hoffmann-Str. 3**

für Kinder in Tageseinrichtungen,  
Schüler, Studierende

**91301 Forchheim**

2 Träger der Einrichtung  
**Landkreis Forchheim**

4 Empfänger

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

**Kommunale Unfallversicherung**  
**Bayern**

**Postfach**  
**80791 München**

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 \_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_ am  nein  ja, 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 \_\_\_\_\_

**Zürli 09191-7074-44**

22 Datum \_\_\_\_\_ E. Bräunig, OStDin \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner) \_\_\_\_\_