Laufende Nr. GR: 2022/2023

|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNFALLANZEIGE** |
| **1** Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung,Schule, Hochschule)Gymnasium RothBrentwoodstr. 491154 Roth | für Kinder in Tageseinrichtungen,Schüler, Studierende |
|  | **2** Träger der Einrichtung |
|  | Landkreis Roth |
| **4** Empfänger | **3** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers |
|  |  |  |  |  | 576000 |
|  | Kommunale UnfallversicherungBayern80791 München**PER FAX 089 36093-135** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **5** Name, Vorname des Versicherten | **6** Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **8** Geschlecht | **9** Staatsangehörigkeit | **10** Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter |
| [ ]  männlich [ ]  weiblich |  |  |
| **11** Tödlicher Unfall? | **12** Unfallzeitpunkt | **13** Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) |
| [ ]  ja [x]  nein | Tag | Monat | Jahr | Stunde | Minute |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 derEinrichtung unterbrochen? |  [ ]  nein [ ]  sofort [ ]  später am | Tag | Monat | Stunde |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** Hat der Versicherte den Besuch derEinrichtung 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 |
|  |  | Stunde | Minute |  | Stunde | Minute |
|  | Beginn | 0 | 7 | 5 | 0 | Ende |  |  |  |  |
|  | StRin Bauerschmidt | 09171/968460  |
| **22** Datum | Beauftragter der Einrichtung | Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner) |