

1 Name und Anschrift der Einrichtung Gymnasium Roth Brentwoodstraße 4 91154 Roth		UNFALLANZEIGE für Kinder in Tagesbetreuung oder vorschulischer Sprachförderung, Schülerinnen und Schüler, Studierende	
2 Träger der Einrichtung Landkreis Roth		3 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger 576000	
4 Empfänger/-in 		Wählen Sie hier Ihre Unfallkasse: Kommunale Unfallversicherung Bayern Ungererstraße 71 80805 München	
5 Name, Vorname der versicherten Person		6 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
7 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
8 Geschlecht ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers ☐ Keine Angabe		9 Staatsangehörigkeit	
10 Name, Anschrift und Telefonnummer der gesetzlich Vertretungsberechtigten			
11 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds)			
12 Tödlicher Unfall? ☐ Nein ☐ Ja	13 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm) Uhr		
14 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)			15 Unfall beim Distanzunterricht ☐ Nein ☐ Ja
16 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)			
Die Angaben beruhen auf der Schilderung ☐ der versicherten Person ☐ anderer Personen			
17 Verletzte Körperteile		18 Art der Verletzung	
19 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen? ☐ Nein ☐ Sofort ☐ Später, am (TT.MM) um Uhr (hh)			
20 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? ☐ Nein ☐ Ja, am (TT.MM.JJJJ)			
21 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)		War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? ☐ Nein ☐ Ja	
22 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses		23 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung (hh:mm) Beginn Uhr Ende Uhr	
C. Bauerschmidt		09171 / 968460	
24 Datum	Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung		Telefon-Nr. für Rückfragen