

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

Bay. Gemeindeunfallversicherungsverband

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 | 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 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? 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 | Beginn | Stunde | Minute | Stunde | Minute

17.11.2010 | **Zürl 09191-7074-44**

22 Datum | Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)