

UNFALLANZEIGE

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

**Berufliches Schulzentrum Forchheim
Fritz-Hoffmann-Str. 3**

91301 Forchheim

4 Empfänger

Bay. Gemeindeunfallversicherungsverband

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

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)