

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 Name und Anschrift des Unternehmens</span> <h1 style="margin: 0;">UNFALLANZEIGE</h1> </div>																							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>3 Empfänger/in</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin: 5px 0;"></div> </div> <div style="width: 50%;"> <p>2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> </div>																							
4 Name, Vorname der versicherten Person						5 Geburtsdatum		Tag		Monat		Jahr											
6 Straße, Hausnummer						Postleitzahl			Ort														
7 Geschlecht				8 Staatsangehörigkeit						9 Leiharbeiter/in													
Männlich      Weiblich										Ja      Nein													
10 Auszubildende/r				11 Die versicherte Person ist																			
Ja      Nein				Unternehmer/in      mit der Unternehmerin / dem Unternehmer Gesellschafter/in      verheiratet Geschäftsführer/in      in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend  verwandt																			
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung				13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)																			
besteht für				Wochen																			
14 Tödlicher Unfall		15 Unfallzeitpunkt				16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)																	
Ja      Nein		Tag		Monat		Jahr		Stunde		Minute													
17 Ausführliche Schilderung des Unfallherganges (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)																							
Die Angaben beruhen auf der Schilderung      der versicherten Person      anderer Personen <i>ggf. Beiblatt verwenden</i>																							
18 Verletzte Körperteile						19 Art der Verletzung																	
20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)								War diese Person Augenzeugin / Augenzeuge des Unfalls?															
								Ja      Nein															
21 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder des Krankenhauses								22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person															
								Stunde		Minute		Stunde		Minute									
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt / tätig als								Beginn		Ende													
24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?								Monat		Jahr													
25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?																							
26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?								Tag		Monat		Stunde											
Nein      Sofort      Später, am																							
27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?								Tag		Monat		Jahr											
Nein      Ja, am																							
28 Datum      Unternehmer/in (Bevollmächtigte/r)      Betriebsrat (Personalrat)      Telefon-Nr. für Rückfragen																							