

1 Name und Anschrift des Unternehmens <div style="background-color: #cccccc; height: 40px; width: 100%;"></div>		<h1 style="margin: 0;">UNFALLANZEIGE</h1>																	
3 Empfänger/in <div style="background-color: #cccccc; height: 100px; width: 100%;"></div>		2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																	
4 Name, Vorname der versicherten Person <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>				5 Geburtsdatum		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					
6 Straße, Hausnummer <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>			Postleitzahl <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								Ort <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>								
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		8 Staatsangehörigkeit <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>			9 Leiharbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein														
10 Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		11 Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> Unternehmer/in <input type="checkbox"/> mit der Unternehmerin / dem Unternehmer <input type="checkbox"/> Gesellschafter/in <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Geschäftsführer/in <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwandt																	
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Wochen				13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort) <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>															
14 Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		15 Unfallzeitpunkt			16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen) <div style="background-color: #cccccc; height: 40px; width: 100%;"></div>							
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> anderer Personen <i>ggf. Beiblatt verwenden</i>																			
18 Verletzte Körperteile <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>				19 Art der Verletzung <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>															
20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>					War diese Person Augenzeugin / Augenzeuge des Unfalls? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein														
21 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder des Krankenhauses <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>					22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person														
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt / tätig als <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>					24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?														
25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig? <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>																			
28 Datum <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>		Unternehmer/in (Bevollmächtigte/r) <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>		Betriebsrat (Personalrat) <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>		Telefon-Nr. für Rückfragen <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>													