

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung

Albert-Schweitzer-Schule
Berliner Allee 35
63225 Langen

für Kinder in Tagesbetreuung oder
vorschulischer Sprachförderung,
Schülerinnen und Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

Kreis Offenbach

4 Empfänger/-in

Unfallkasse Hessen
Abteilung Entschädigung

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

4042

5 Name, Vorname der versicherten Person		6 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr									
7 Straße, Hausnummer		Postleitzahl		Ort											
8 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		9 Staatsangehörigkeit		10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsbefchtigten											
11 Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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)															
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r															
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> anderer Personen															
15 Verletzte Körperteile						16 Art der Verletzung									
17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?						<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Sofort		Später am		Tag	Monat	Stunde	
18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?						<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, am		Tag	Monat	Jahr			
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)						War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein									
20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses						21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung									
						Stunde		Minute		Stunde		Minute			
						Beginn				Ende					
06103-73400															
22 Datum				Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung				Telefon-Nr. für Rückfragen							

An UKH senden