|  |
| --- |
| **UNFALLANZEIGE** **1** Name und Anschrift des Unternehmens **2** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers |
|  |  |
| **3** Empfänger/-in |
| **4** Name, Vorname der versicherten Person | **5** Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
| **6** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| **7** GeschlechtMännlich Weiblich Divers Keine Angabe | **8** Staatsangehörigkeit | **9** Leiharbeitnehmer/-inNein Ja |
| **10** Auszubildende/-r Nein Ja | **11** Die versicherte Person ist Unternehmer/-in mit der Unternehmerin/dem Unternehmer:Gesellschafter/-in verheiratetGeschäftsführer/-in in eingetragenerLebenspartnerschaft lebendverwandt |
| **12** Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für Wochen | **13** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds) |
| **14** Tödlicher Unfall? Nein Ja | **15** Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm)Uhr |
| **16** Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) | **17** Unfall im Homeoffice?Nein Ja |
| **18** Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen |
| **19** Verletzte Körperteile | **20** Art der Verletzung |
| **21** Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?Nein Ja |
| **22** Erstbehandlung:Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses | **23** Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person (hh:mm)Beginn Uhr Ende Uhr |
| **24** Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als | **25** Seit wann bei dieser Tätigkeit? (TT.MM.JJJJ) |
| **26** In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig? |
| **27** Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt? | Nein Sofort Später, am (TT.MM) um Uhr (hh) |
| **28** Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen? | Nein Ja, am (TT.MM.JJJJ) |
|  |
| **29** Datum Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r) Betriebsrat (Personalrat) Telefon-Nr. für Rückfragen |

U 1000 1023 Unfallanzeige

- 2 -

**Beiblatt zur Unfallanzeige der gesetzlichen Unfallversicherer**

* **Ist nur für den universitätsinternen Gebrauch bestimmt!**
* **Ist vom zuständigen Sicherheitsbeauftragten auszufüllen!**

**1. Angaben zum Verunfallten**

* 1. Name, Vorname:
	2. Telefon (bei Rückfragen):
	3. E-Mail (bei Rückfragen):
	4. Unfalldatum:

**2. Arbeitsunfall – zusätzliche Angaben**

* 1. In welchem Bereich (Labor, Werkstatt, Büro etc.) ereignete sich der Unfall?
	2. An welchem Betriebsmittel (Maschine) ereignete sich der Unfall? (Hersteller, Typ, Baujahr)
	3. Welche technischen Schutzvorrichtungen sind vorhanden?
	4. Welche persönliche Schutzausrüstung hat der Verletzte benutzt?
	5. Welche Maßnahmen wurden getroffen, um ähnliche Unfälle in Zukunft zu verhindern?
	6. Wann wurde der Verletzte zuletzt nachweislich über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit unterwiesen?

Datum:

**3. Wegeunfall – zusätzliche Angaben / Anmerkungen**

**4. Meldung an den Vorgesetzten / Verantwortlichen für Arbeitsschutz**

* 1. Wann wurde der unmittelbare Vorgesetzte bzw. für den Arbeitsschutz Verantwortliche über das Unfallgeschehen informiert?

Datum:

* 1. Name, Vorname des Vorgesetzten / Verantwortlichen:
	2. Name, Vorname der/des Sicherheitsbeauftragten: Telefon (bei Rückfragen):

Datum Unterschrift (Sicherheitsbeauftragte/r)

***Bei Unfallursachen von erheblicher sicherheitstechnischer Bedeutung sind umgehend die Stabsstelle Arbeits-, Gesundheits-, Tier- und Umweltschutz (Tel. 31-82685, 31-84897 oder 31-86550) und der Personalrat der Universität (31-82003) zu informieren!***

Universität Würzburg, Sanderring 2, 97070 Würzburg