

# 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 Geschlecht

Männlich  Weiblich  Divers  Keine Angabe

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Nein  Ja

10 Auszubildende/-r

Nein  Ja

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/  
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in  
Geschäftsführer/-in

verheiratet  
 in eingetragener  
Lebenspartnerschaft lebend  
 verwandt

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

**Beiblatt zur Unfallanzeige der gesetzlichen Unfallversicherer**

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

**1. Angaben zum Verunfallten**

- 1.1 Name, Vorname:
- 1.2 Telefon (bei Rückfragen):
- 1.3 E-mail (bei Rückfragen):
- 1.4 Unfalldatum:

**2. Arbeitsunfall – zusätzliche Angaben**

- 2.1 In welchem Bereich (Labor, Werkstatt, Büro etc.) ereignete sich der Unfall?
- 2.2 An welchem Betriebsmittel (Maschine) ereignete sich der Unfall? (Hersteller, Typ, Baujahr)
- 2.3 Welche technischen Schutzvorrichtungen sind vorhanden?
- 2.4 Welche persönliche Schutzausrüstung hat der Verletzte benutzt?
- 2.5 Welche Maßnahmen wurden getroffen, um ähnliche Unfälle in Zukunft zu verhindern?
- 2.6 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**

- 4.1 Wann wurde der unmittelbare Vorgesetzte bzw. für den Arbeitsschutz Verantwortliche über das Unfallgeschehen informiert?  
Datum:
- 4.2 Name, Vorname des Vorgesetzten / Verantwortlichen:
- 4.3 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 oder -84897) und der Personalrat der Universität (31-82003) zu informieren!***