

# UNFALLANZEIGE

**1 Name und Anschrift der Einrichtung**

Julius-Mosen-Gymnasium  
Melanchthonstr. 11  
08606 Oelsnitz

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

**2 Träger der Einrichtung**

Stadtverwaltung Oelsnitz

**4 Empfänger/-in**

Unfallkasse Sachsen  
Postfach 42  
01651 Meißen

**3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers**

**5 Name, Vorname der versicherten Person**

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

**7 Straße, Hausnummer**

Postleitzahl

Ort

**8 Geschlecht**

Männlich  Weiblich

**11 Tödlicher Unfall**  
 Ja  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)**

Die Angaben beruhen auf der Schilderung

der versicherten Person  anderer Personen

**15 Verletzte Körperteile**

**16 Art der Verletzung**

**17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?**

Nein

Sofort

Später am

Tag	Monat	Stunde
-----	-------	--------

**18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?**

Nein

Ja, am

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

**19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)**

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?  
 Ja  Nein

**20 Erstbehandlung:**

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

**21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung**

Beginn	Ende	Stunde	Minute	Beginn	Ende	Stunde	Minute
--------	------	--------	--------	--------	------	--------	--------

**22 Datum**

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen