

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

6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

Männlich Weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

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

Stunde Minute Stunde Minute

Beginn Ende

22 Datum

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

Telefon-Nr. für Rückfragen