

1 Name und Anschrift des Unternehmers		UNFALLANZEIGE			
		2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers			
3 Empfänger					
4 Name, Vorname des Versicherten					
5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr	
6 Straße, Hausnummer		Postleitzahl		Ort	
7 Geschlecht		8 Staatsangehörigkeit		9 Leiharbeitnehmer	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10 Auszubildender		11 Ist der Versicherte		Ehegatte des Unternehmers	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt		<input type="checkbox"/> Gesellschafter/ Geschäftsführer	
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung		13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)			
besteht für		Wochen			
14 Tödlicher Unfall		15 Unfallzeitpunkt		16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Tag	Monat	Jahr	Stunde Minute
17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)					
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen					
18 Verletzte Körperteile			19 Art der Verletzung		
20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)				War diese Person Augenzeuge	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses			22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten		
			Stunde	Minute	Stunde Minute
			Beginn	Ende	
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als			24 Seit wann bei dieser Tätigkeit		Jahr
			Monat		
25 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?					
26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später am					
Tag					
27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am					
Tag					
Monat					
Jahr					
28 Datum					
Unternehmer / Bevollmächtigter		Betriebsrat (Personalrat)		Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)	