|  |
| --- |
| **U N F A L L A N Z E I G E****1** Name und Anschrift der Einrichtung **für Kinder in Tageseinrichtungen oder vorschulischer Sprachförderung, Schülerinnen und Schüler,** **2** Träger der Einrichtung Stadt Ulm**3** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers**4** Empfänger UnfallkasseBaden-WürttembergAugsburger Str. 70070329 Stuttgart |
| **5** Name, Vorname des Versicherten**I** | **6** Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
| **7** Straße, Hausnummer | Postleitzahl |  |
| **8** Geschlecht | **9** Staatsangehörigkeit | **10** Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten |
| **11** Tödlicher Unfall?[ ]  ja [ ]  nein | **12** Unfallzeitpunkt | **13** Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) |
| Tag | Monat | Jahr | Std. | Min. |
| **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 Einrichtungunterbrochen? [ ]  nein [ ]  sofort [ ]  später, am | Tag | Monat | Uhrzeit |
| **18** Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wiederaufgenommen? [ ]  nein [ ]  ja, am | Tag | Monat | Jahr |
| **19** Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) War diese Person Augenzeuge?[ ]  ja [ ]  nein |
| **20** Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/Arztes oder des Krankenhauses | **21** Beginn u. Ende des Besuchs der Einrichtung |
| Beginn | Std. | Min. | Ende | Std. | Min. |
|  |
| **22** Datum Leiter/in (Beauftragte/r) der Einrichtung Tel-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner/in) |