|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  Unfallkasse  Baden-Württemberg  Augsburger Str. 700  70329 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 Einrichtung  unterbrochen?  nein  sofort  später, am | | | | | | | | | | | | | Tag | | Monat | | Uhrzeit | | |
| **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 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |