|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNFALLANZEIGE** |
| **1** Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung,Schule, Hochschule)  | für Kinder in Tageseinrichtungen,Schüler, Studierende |
|  | **2** Träger der Einrichtung |
|  |  Stadt Rheinberg  |
| **4** Empfänger | **3** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers |
|  |  |  |  |  |  25088501  |
|  | UnfallkasseNordrhein-WestfalenSt.-Franziskus-Straße 14640470 Düsseldorf  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **5** Name, Vorname des Versicherten | **6** Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
|       |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **7** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|       |   |   |   |   |   |       |
| **8** Geschlecht | **9** Staatsangehörigkeit | **10** Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter |
| [ ]  männlich [ ]  weiblich |       |       |
| **11** Tödlicher Unfall? | **12** Unfallzeitpunkt | **13** Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) |
| [ ]  ja [ ]  nein | Tag | Monat | Jahr | Stunde | Minute |       |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| **14** Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart) |
|       |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung [x]  des Versicherten [ ]  anderer Personen |
| **15** Verletzte Körperteile | **16** Art der Verletzung |
|       |       |
| **17** Hat der Versicherte den Besuch derEinrichtung unterbrochen? |  [ ]  nein [ ]  sofort später am | Tag | Monat | Stunde |
|  |  |   |   |   |   |   |   |
| **18** Hat der Versicherte den Besuch derEinrichtung wieder aufgenommen?  |  [ ]  nein [ ]  ja, am | Tag | Monat | Jahr |
|  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **19** Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen) | War diese Person Augenzeuge? |
|       | [ ]  ja [ ]  nein |
| **20** Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses | **21** Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung |
|       |  | Stunde | Minute |  | Stunde | Minute |
|  | Beginn |   |   |   |   | Ende |   |   |   |   |
|       |  i.A.:  |  02843 - 9853 o. 9854  |
| **22** Datum | Leiter (Beauftragter) der Einrichtung | Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner) |