

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

*Freie Universität Berlin
Fachbereich XY
Adresse, Tel.*

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger

<i>Unfallkasse Berlin Culemeyerstr. 2 12277 Berlin</i>	

4 Name, Vorname des Versicherten

Musterfrau, Antonia

5 Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

0 1 0 1 1 9 6 2

6 Straße, Hausnummer

Abc-Weg 11

Postleitzahl

1 2 3 4 5

Ort

Berlin

7 Geschlecht

männlich weiblich

8 Staatsangehörigkeit

deutsch

9 Leiharbeiter

ja nein

10 Auszubildender

ja nein

11 Ist der Versicherte

Unternehmer

mit dem Unternehmer verwandt

Ehegatte des Unternehmers

Gesellschafter/Geschäftsführer

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für *0 6* Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

AOK Berlin

14 Tödlicher Unfall?

ja nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag

Monat

Jahr

Stunde

Minute

0 2 0 1 2 0 0 3 0 9 3 0

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

Haus Z, Raum 12, Büromateriallager

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Beim Zuschieben einer schwergängigen Schublade ist Frau Musterfrau abgerutscht und mit dem Finger in die sich schließende Schublade geraten.

Die Angaben beruhen auf der Schilderung

des Versicherten

anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

Zeigefinger der rechten Hand

19 Art der Verletzung

Quetschung, Abschürfung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)

Herr Helfrich, X-Str. 5, 12345 Berlin

War diese Person Augenzeuge?

ja nein

21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses

Erste Hilfe Klinikum Y

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten

Stunde

Minute

Beginn

Ende

0 8 0 0

0 9 3 0

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

Sachbearbeiterin

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?

Monat

Jahr

0 1 1 9 9 6

25 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?

Haus Z, Raum 23

26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?

nein

sofort

später, am

Tag

Monat

Stunde

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?

nein

ja, am

Tag

Monat

Jahr

0 3 0 1 2 0 0 3

örtlicher Vorgesetzter

3.1.2003

Prof. Dr. Bossling

838-

Frau Musterfrau

28 Datum

Unternehmer/Bevollmächtigter

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)