

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

*Freie Universität Berlin
Fachbereich XY
Adresse, Tel.*

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

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

3 Empfänger

*Unfallkasse Berlin
Culemeyerstr. 2
12277 Berlin*

4 Name, Vorname des Versicherten

Mustermann, Anton

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

0 1 0 1 1 9 6 6

6 Straße, Hausnummer

Abc-Weg 1

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

Ehegatte des Unternehmers

mit dem Unternehmer verwandt

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 012, Keller

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

Um einen Keilriemen am Gerät zu wechseln, war die entsprechende Abdeckung entfernt worden. Beim anschließenden Funktionstest wurde versäumt, die Abdeckung wieder zu befestigen. Durch eine unwillkürliche Bewegung geriet Herr Mustermann mit dem Zeigefinger zwischen Keilriemen und Laufrolle, wobei die u. g. Verletzung verursacht wurde.

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 Stunde Minute

Beginn *0 8 0 0* Ende *0 9 3 0*

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

Technischer Assistent

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 Y, Raum 123

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

Herr Mustermann

28 Datum

Unternehmer/Bevollmächtigter

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)