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 *01* Monat *01* Jahr *1966*

6 Straße, Hausnummer: *Abc-Weg 1*

Postleitzahl: *12345*

Ort: *Berlin*

7 Geschlecht: ☒ männlich ☐ weiblich

8 Staatsangehörigkeit: *deutsch*

9 Leiharbeitnehmer: ☐ 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 *06* Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort): *AOK Berlin*

14 Tödlicher Unfall? ☐ ja ☒ nein

15 Unfallzeitpunkt: Tag *02* Monat *01* Jahr *2003* Stunde *09* Minute *30*

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ): *Haus Z, Raum 012, Keller*

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (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: Beginn Stunde *08* Minute *00* Ende Stunde *09* Minute *30*

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als: *Technischer Assistent*

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat *01* Jahr *1996*

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 *03* Monat *01* Jahr *2003*

	örtlicher Vorgesetzter		
3.1.2003	*Prof. Dr. Bossling*	*838*	*Herr Mustermann*
28 Datum	Unternehmer/Bevollmächtigter	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)