

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

Freie Universität Berlin
 Fachbereich PQR
 Straße 111 Nr. 222
 14195 Berlin

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

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

3 Empfänger

Unfallkasse
 Berlin
 Culemeyerstr. 2

12277 Berlin-Marienfelde

4 Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Anton	5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
		0 1	0 1	1 9 6 0

6 Straße, Hausnummer ABC-Weg 1 a	Postleitzahl	Ort
	1 2 3 4 5	Berlin

7 Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	8 Staatsangehörigkeit Deutschland	9 Leiharbeiter <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
--	--------------------------------------	--

10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	11 Ist der Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt	<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer
---	---	---

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für 0 6 Wochen	13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort) Musterkrankenkasse Berlin
---	--

14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	15 Unfallzeitpunkt	16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) Haus Z, Raum 02, Keller
	Tag Monat Jahr Stunde Minute 0 1 0 4 2 0 1 8 0 9 3 0	

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)
 Um einen Keilriemen an einer Schleifmaschine zu wechseln, wurde die entsprechende Abdeckung entfernt. Beim anschließenden Funktionstest wurde versäumt, die Abdeckung wieder zu befestigen. Durch eine unwillkürliche Bewegung geriet Herr Mustermann mit dem Zeigefinger zwischen Keilriemen und Laufrolle.

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) Frau Helfrich, X-Str. 8, 12345 Berlin	War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
---	--

21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses Klinikum EH	22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten
	Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute 0 7 0 0 1 5 2 5

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als Technischer Assistent	24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?
	Monat Jahr 0 1 2 0 0 2

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

26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am	Tag	Monat	Stunde
--	-----	-------	--------

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	Tag	Monat	Jahr
--	-----	-------	------

03.04.2018 Prof. Vorsitz (Unterschrift) 838-xxxxx Herr Mustermann

28 Datum Unternehmer/Bevollmächtigter Betriebsrat (Personalrat) Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)