|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | | **UNFALLANZEIGE** | | | |
|  | | | | |  | |
| **1** Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung,  Schule, Hochschule) | | | | | | | für Kinder in Tageseinrichtungen, Schülerinnen und Schüler, Studierende | | | |
| ${schule}  ${schule.strasse}  ${schule.plz} ${schule.ort} | | | | | | | **2** Träger der Einrichtung | | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | |
| **3** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers | | | |
| **UNFALLKASSE NORD**  **Seekoppelweg 5a**  **24113 Kiel**  **Fax: 0431-6407250** | | | | | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | |
| **5** Name, Vorname der/des Versicherten | | | | | | | **6** Geburtsdatum | | | |
| ${schueler} | | | | | | | ${schueler.geburtsdatum} | | | |
| **7** Straße mit Hausnummer, Postleitzahl und Ort | | | | | | | | | | |
| ${schueler.strasse}, ${schueler.plz} ${schueler.ort} | | | | | | | | | | |
| **8** Geschlecht  ${schueler.geschlecht} | | | | | **9** Staatsangehörigkeit  ${schueler.staatsangeh} | | | | | |
| **10** Name und Anschrift der gesetzlichen Vertretung | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| ${schueler.sorgeberechtigt1.anrede} ${schueler.sorgeberechtigt1.vorname} ${schueler.sorgeberechtigt1.nachname}  ${schueler.sorgeberechtigt1.strasse}, ${schueler.sorgeberechtigt1.plz} ${schueler.sorgeberechtigt1.ort} | | | | | ${schueler.sorgeberechtigt2.anrede} ${schueler.sorgeberechtigt2.vorname} ${schueler.sorgeberechtigt2.nachname}  ${schueler.sorgeberechtigt2.strasse}, ${schueler.sorgeberechtigt2.plz} ${schueler.sorgeberechtigt2.ort} | | | | | |
| **11** Tödlicher Unfall | | **12** Unfallzeitpunkt (Datum / Uhrzeit) | | | **13** Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) | | | | | |
| ja  nein | | Datum /      : | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| **14** Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart) | | | | | | | | | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung | | | | | des Versicherten | | | | einer anderen Person | |
| **15** Verletzte Körperteile | | | | | | **16** Art der Verletzungen | | | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| **17** Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen? | | |  | nein  sofort  später am Datum um      :      Uhr | | | | | | |
| **18** Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? | | | | nein  ja, am Datum | | | | | | |
| **19** Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von zeugen) War diese Person Augenzeuge? | | | | | | | | | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | ja  nein |
| **20** Name und Anschrift der erstbehandelnden Praxis/Krankenhauses | | | | | | | | **21** Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | | Beginn:      :      Ende:      : | | |
| Datum | ${schulleiter} | | | | | | | ${schule.telefon} | | |
| **22** Datum: | Leiter (Beauftragter) der Einrichtung | | | | | | | Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner/-in) | | |