|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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) |