

UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler, Studierende

1 Name und Anschrift der Einrichtung
(Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)

GS Mozartschule Rheingönheim
Hilgundstr. 21
67067 Ludwigshafen

2 Träger der Einrichtung
Stadtverwaltung Ludwigshafen/Rhein

3 Schulnummer

1 5 6 4 7

4 Empfänger
Unfallkasse
Rheinland-Pfalz

56624 Andernach

5 Name, Vorname des Versicherten					6 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr		
7 Straße, Hausnummer				Postleitzahl 6 7 0 6 7		Ort Ludwigshafen					
8 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		9 Staatsangehörigkeit		10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter							
11 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		12 Unfallzeitpunkt			13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe)						
		Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.					
14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)											
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen											
15 Verletzte Körperteile					16 Art der Verletzung						
17 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am							Tag	Monat	Std.	Min.	
18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am							Tag	Monat	Jahr		
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)							War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses 67127						21 Beginn u. Ende des Besuchs der Einrichtung					
						Beginn	Std.	Min.	Ende	Std.	Min.
22 Datum		Leiter (Beauftragter) der Einrichtung				Tel-Nr. und Ansprechpartner für Rückfragen					
Tag	Monat	Jahr									