

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
 Musterfrau, Antonia

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr
 0 1 0 1 1 9 6 2

6 Straße, Hausnummer
 ABC-Weg 1 a

Postleitzahl
 1 2 3 4 5

Ort
 Berlin

7 Geschlecht
 männlich weiblich

8 Staatsangehörigkeit
 Deutschland

9 Leiharbeiternehmer
 ja nein

10 Auszubildender
 ja nein

11 Ist der Versicherte
 Unternehmer
 mit dem Unternehmer verwandt

Ehegatte des Unternehmers
 Gesellschafter/Geschäftsführer

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
 besteht für 0 6 Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)
 Musterkrankenkasse Berlin

14 Tödlicher Unfall?
 ja nein

15 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute
 0 1 0 4 2 0 1 8 0 9 3 0

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
 Haus Z, Raum 12, Büromateriallager

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Beim Zuschieben einer schwergängigen Schublade ist Frau Musterfrau abgerutscht und mit dem Finger in die sich schließende Schublade geraten.

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, Z-Str. 8, 12345 Berlin

War diese Person Augenzeuge?
 ja nein

21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses
 Klinikum EH

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten
 Beginn Stunde Minute 0 8 0 0 Ende Stunde Minute 1 6 2 5

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als
 Sachbearbeiterin

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat Jahr
 0 1 2 0 0 0

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

26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? nein sofort später, am

Tag Monat Stunde
 0 1 0 4 1 1

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? nein ja, am

Tag Monat Jahr
 0 2 0 4 2 0 1 8

02.04.2018 Prof. Vorsitz (Unterschrift)

838-xxxxx Frau Musterfrau

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