

UNFALLANZEIGE

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

0	1	4	9	8	8	6	6		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

1 Name und Anschrift des Unternehmens

Hochschule für Musik und Theater Rostock
 Beim St.-Katharinenstift 8
 18055 Rostock

3 Empfänger

Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern
 PF 110232
 19002 Schwerin

4 Name, Vorname des Versicherten

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht
 männlich weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter
 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 Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?
 ja nein

15 Unfallzeitpunkt
 Tag Monat Jahr Stunde Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

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

Die Angaben beruhen auf der Schilderung des Versicherten anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)

War diese Person Augenzeuge?
 ja nein

21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten
 Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat Jahr

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

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

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

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