

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)
Grundschule Cham
Bürgermeister-Vogel-Str. 8
93413 Cham

für Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung
Schulverband, 93413 Cham

4 Empfänger

Bayer. Gemeindeunfallversicherungsverband
Ungererstr. 71

80805 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

5 Name, Vorname des Versicherten

6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl 9 3 4 1 3

Ort Cham

8 Geschlecht männlich weiblich

9 Staatsangehörigkeit D

10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter

11 Tödlicher Unfall? ja nein

12 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung des Versicherten anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen? nein sofort später am Tag Monat Stunde

18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? nein ja, am Tag Monat Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen) War diese Person Augenzeuge? ja nein

20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung
Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

22 Datum

Leiter (Beauftragter) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)