|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNFALLANZEIGE** |
| **1** Name und Anschrift des Unternehmens | **2** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers |
| Otto-Friedrich-Universität Bamberg96045 Bamberg | 682539056273001 |
|  |  |
| **3** Empfänger/-in |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Bayerische Landesunfallkasse**80791 München |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **4** Name, Vorname der versicherten Person | **5** Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
|       |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **6** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|       |   |   |   |   |   |       |
| **7** Geschlecht | **8** Staatsangehörigkeit | **9** Leiharbeitnehmer/-in |
| [ ]  Männlich [ ]  Weiblich | Wählen Sie ein Element aus. | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **10** Auszubildende/-r[ ]  Ja [ ]  Nein | **11** Die versicherte Person ist | [ ]  | Unternehmer/-in | [ ]  | mit der Unternehmerin/dem Unternehmer: |
|  |  | [ ]  | Gesellschafter/-inGeschäftsführer/-in |  | [ ]  verheiratet[ ]  in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend[ ]  verwandt |
| **12** Anspruch auf Entgeltfortzahlung  | **13** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort) |
| besteht für |   |   | Wochen |       |
|  |  |
| **14** Tödlicher Unfall? | **15** Unfallzeitpunkt | **16** Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) |
| [ ]  Ja [ ]  Nein | Tag | Monat | Jahr | Stunde | Minute |       |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| **17** Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen) |
|       |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung [ ]  der versicherten Person [ ]  anderer Personen |
| **18** Verletzte Körperteile | **19** Art der Verletzung |
|       |       |
| **20** Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) | War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? |
|       | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **21** Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses | **22** Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person |
|       |  | Stunde | Minute |  | Stunde | Minute |
|  | Beginn |   |   |   |   | Ende |   |   |   |   |
| **23** Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als | **24** Seit wann bei dieser Tätigkeit? | Monat | Jahr |
|       |  |   |   |   |   |   |   |
| **25** In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig? |
|       |
| **26** Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt? [ ]  Nein [ ]  Sofort Später, am | Tag | Monat | Stunde |
|  |   |   |   |   |   |   |
| **27** Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen? [ ]  Nein [ ]  Ja, am | Tag | Monat | Jahr |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|       |       |  |       |
| **28** Datum | Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r) | Betriebsrat (Personalrat) | Telefon-Nr. für Rückfragen |