



UNFALLANZEIGE

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

Bischöfl. Angela-Merici-Gymnasium
Neustr. 35 54290 Trier

**für Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler und Studierende**
Träger der Einrichtung
Bistum Trier

Empfänger

**Unfallkasse
Rheinland-Pfalz**

56624 Andernach

Name, Vorname des Versicherten		Klasse		Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr		
Straße, Hausnummer		Postleitzahl		Ort						
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter								
Unfallzeitpunkt		Stunde		Minute		Unfallort				
Tag		Monat		Jahr						
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										
Verletzte Körperteile					Art der Verletzung					
Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später		Tag	Monat	Stunde	
Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		Tag	Monat	Jahr	
Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen (Name, Anschrift von Zeugen)						War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes / Krankenhauses					Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung					
					Beginn	Stunde	Minute	Ende	Stunde	Minute
Dr. Mario Zeck, OStD i.K.			0651-145980			Kerstin Klassen				
Leiter (Beauftragter) der Einrichtung			Telefonnummer bei Rückfragen			(Ansprechpartner)				

zur internen Bearbeitung: Datum:

Kenntnisnahme:

Weiterleitung: Ja Nein