

# UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

M	0	4	5	5	1	3	F	B	S
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege Bezirksverwaltung Köln  
Bonnerstr. 337 50968 Köln

4 Name, Vorname des Versicherten

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

männlich  weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeitnehmer

ja  nein

10 Auszubildender

ja  nein

11 Ist der Versicherte

Unternehmer

Ehegatte des Unternehmers

mit dem Unternehmer verwandt

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)