

UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder
vorschulischer Sprachförderung,
Schülerinnen und Schüler, Studierende

1 Name und Anschrift der Einrichtung

Wilhelm-Leuschner-Schule
Integrierte Gesamtschule
Karl-Marx-Str. 32
34266 Niestetal

2 Träger der Einrichtung

Kreisausschuss des Landkreises Kassel

3 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger

1.05.34/00001/00098

9 2 0 6 Schulnummer

4 Empfänger/-in

Unfallkasse Hessen
Leonardo-da-Vinci-Allee 20
60486 Frankfurt am Main

5 Name, Vorname der versicherten Person

6 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers ☐ Keine Angabe

9 Staatsangehörigkeit

10 Name, Anschrift und Telefonnummer der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall?

☐ Nein ☐ Ja

12 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm)

Uhr

Telefonnummer der vers. Person / gesetzlichen Vertreters

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

Unfall beim Distanzunterricht

☐ Nein ☐ Ja

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

Die Angaben beruhen auf der Schilderung ☐ der versicherten Person ☐ anderer Personen

Hat ein Gewaltereignis vorgelegen (körperlicher Übergriff, sexueller Übergriff)? ☐ Nein ☐ Ja

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?

☐ Nein

☐ Sofort

☐ Später, am

(TT.MM) um

Uhr (hh)

18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?

☐ Nein

☐ Ja, am

(TT.MM.JJJJ)

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?

☐ Nein

☐ Ja

20 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung (hh:mm)

Beginn

Uhr

Ende

Uhr

B. Homann

0561- 952770

22 Datum

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen