

1 Name und Anschrift der Einrichtung

Universität Ulm

UNFALLANZEIGE

2 Unternehmensnummer des Versicherungsträger:

666 000001 000355

3 Empfänger/-in

Universität Ulm
Abt. V-5
Arbeits- und Umweltschutz

Staudingerstraße 8
89081 Ulm

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Ja Nein

10 Auszubildende/-r

ja nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in
Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in
mit der Unternehmerin/dem Unternehmer
verheiratet
in eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend
verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
besteht für Wochen

13 Krankenkasse (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 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
Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten
Person

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 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

Vorgesetzte/r

Telefon-Nr. für Rückfragen

FASI

BÄD

Personalrat