

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
Regionaldirektion Rheinland
Geschäftsbereich Land
Postfach 12 04 52
40604 Düsseldorf

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)