

# UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung  
 Montessori-Hort Greifswald  
 Gedsering 19

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
 vorschulischer Sprachförderung,  
 Schülerinnen und Schüler, Studierende  
 2 Träger der Einrichtung

17493 Greifswald

Aktion Sonnenschein M-V e.V

4 Empfänger/-in

Unfallkasse  
 Mecklenburg-Vorpommern  
 Postfach 11 02 32  
 19002 Schwerin

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

4218 4503 7335 001

5 Name, Vorname der versicherten Person

6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort

8 Geschlecht  Männlich  Weiblich 9 Staatsangehörigkeit Bitte auswählen 10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall  Ja  Nein 12 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute 13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

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

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile 16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?  Nein  Sofort  Später am Tag Monat Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?  Nein  Ja, am Tag Monat Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) War diese Person Augenzeugin/ Augenzeuge des Unfalls?  Ja  Nein

20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses 21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

22 Datum Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung Telefon-Nr. für Rückfragen