

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung
 Montessori-Hort Greifswald
 Helsinkiring 5

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 7335001

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