UNFALLANZEIGE

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

1 Name und Anschrift der Einrichtung
Integrative Montessori-Kindertagesstätte
Makarenkostraße 8

17491 Greifswald

2 Träger der Einrichtung
Aktion Sonnenschein M-V e.V

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers
4218 4503 7335 001

4 Empfänger/-in
Unfallkasse
Mecklenburg-Vorpommern
Postfach 11 02 32
19002 Schwerin

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