

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung
Integrative Montessori-Kindertagesstätte
Chausseestraße 5c

17498 Hinrichshagen

4 Empfänger/-in

Unfallkasse
Mecklenburg-Vorpommern
Postfach 11 02 32
19002 Schwerin

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

Aktion Sonnenschein M-V e.V

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 <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	9 Staatsangehörigkeit Bitte auswählen	10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten
--	---	---

11 Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort	Später am	Tag	Monat	Stunde
--	-----------	-----	-------	--------

18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am	Tag	Monat	Jahr
--	-----	-------	------

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)	War diese Person Augenzeugin/ Augenzeuge des Unfalls? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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
-----------------	---	----------------------------