

1 Name und Anschrift des Unternehmers  
Aktion Sonnenschein M-V e. V.  
Makarenkostraße 8, 17491 Greifswald

# Unfallanzeige

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

4218 4503 7335 001

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft  
für Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege  
Bezirksverwaltung Hamburg  
Postfach 30 02 20  
Postleitzahl 20302 Hamburg

Aktenzeichen:

|  |                              |   |   |   |  |       |   |
|--|------------------------------|---|---|---|--|-------|---|
| 4 Name, Vorname d. Versicherten  |                              |   |   | 5 Geburtsdatum  | Tag  | Monat | Jahr  |
| 6 Straße, Hausnummer   |                              |   | Postleitzahl                                      | Ort   |  |       |   |
| 7 Geschlecht<br><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich  |                              | 8 Staatsangehörigkeit   |   | 9 Leiharbeiternehmer<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |       |   |
| 10 Auszubildender<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |                              | 11 Ist d. Versicherte<br><input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers<br><input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer |   |   |  |       |   |
| 12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen   |                              |   | 13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort) |   |  |       |   |
| 14 Tödlicher Unfall?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                              | 15 Unfallzeitpunkt<br>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 <input type="checkbox"/> d. Versicherten <input type="checkbox"/> 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?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses  |                              |   |   |   | 22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten<br>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 d. Versicherte ständig tätig?  |                              |   |   |   |  |       |   |
| 26 Hat d. Versicherte die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am Tag   Monat   Stunde |                              |   |   |   |  |       |   |
| 27 Hat d. Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am Tag   Monat   Jahr                                |                              |   |   |   |  |       |   |
|  |                              |   |   |   |  |       |   |
| 28 Datum   | Unternehmer/Bevollmächtigter |   | Betriebsrat (Personalrat)                         |   | Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)   |       |   |