

UNFALLANZEIGE

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

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

17493 Greifswald

4 Empfänger/-in

Unfallkasse
Mecklenburg-Vorpommern
Postfach 11 02 32
19002 Schwerin

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			13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)	
		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute
14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)						
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> anderer Personen						
15 Verletzte Körperteile				16 Art der Verletzung		
17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?				Später am		Tag
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort						Monat
18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?				Ja, am		Tag
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am						Monat
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		