

UNFALLANZEIGE

für Schüler und Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler

Name und Anschrift der Einrichtung

Städtisches Gymnasium

Stockhauser Str. 13

42929 Wermelskirchen

Tel: 02196708690

Mail: sekretariat@gymnasium-wermelskirchen.de

Träger der Einrichtung

Stadt Wermelskirchen

Mitgliedsnummer:

67088501

Unfallkasse NRW

Postfach 12 05 30

40605 Düsseldorf

Familiennamen und Vorname der / des Verletzten

geboren am

Geschlecht

Staatsangehörigkeit

Anschrift der / des Verletzten

ledig

Kinder

Name und Anschrift der / des gesetzlichen Vertreter(s)

Telefon (Verletzte(r) / gesetzl. Vertreter)

Krankenkasse der / des Verletzten:

Versicherungsart

Unfallzeitpunkt Wochentag

Unfalltag

Uhrzeit des Unfalls

Tätigkeit am Unfalltag:

Beginn

Uhr: Ende

Uhr

Verletzte Körperteile

Art der Verletzungen

Zuerst behandelnder Arzt

Jetzt behandelnder Arzt oder Zahnarzt

stationäre Behandlung

Krankenhaus, in das die / der Verletzte aufgenommen wurde

Unfallstelle (bei Wegeunfällen genaue Ortsangabe)

Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Zeugen des Unfalls

Hat die / der Versicherte wegen des Unfalls den Besuch der o. a. Einrichtung unterbrochen ?

Kenntnis genommen: _____

Sicherheitsbeauftragte/r

Schulleiter/in