

**Arbeitsunfall / Schulunfall**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Unfallversicherungsträger / Berufsgenossenschaft:

\_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung:

\_\_\_\_\_

im Betrieb / in der Schule seit (TT / MM / 19/20XX):

\_\_\_\_\_

Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

Unfallbetrieb mit vollständiger Anschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfalluhrzeit: \_\_\_\_\_

Beginn der Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Uhr (geplantes) Ende der Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Uhr

Unfallort mit genauem Unfallhergang:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verhalten nach dem Unfall:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erstellt von: Fichtl, Melanie	Freigegeben von: Böckl, Michaela	Geprüft von: Weiß, Johannes
Erstellt am: 01.04.2015	Freigegeben am: 07.04.2015	Geprüft am: 01.04.2015
Version: 2	Seite 1 von 1	Letzte Änderung am: 25.03.2021