

Erläuterungen zur Unfallanzeige

I. Allgemeine Erläuterungen

Wer hat die Unfallanzeige zu erstatten?	Anzeigepflichtig ist der Unternehmer oder sein Bevollmächtigter. Bevollmächtigte sind Personen, die vom Unternehmer zur Erstattung der Anzeige beauftragt sind.
Wann ist die Unfallanzeige zu erstatten?	Die Anzeige ist zu erstatten, wenn ein Arbeitsunfall oder ein Wegeunfall (z. B. Unfall auf dem Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstätte) eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Kalendertagen oder den Tod eines Versicherten zur Folge hat.
In welcher Anzahl ist die Unfallanzeige zu erstatten? Wohin ist sie zu senden?	2 Exemplare sind an den zuständigen Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) zu senden. Unterliegt das Unternehmen der allgemeinen Arbeitsschutzaufsicht (bei landwirtschaftlichen Betrieben, nur soweit sie Arbeitnehmer beschäftigen), ist ein Exemplar an die für den Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde (z. B. Gewerbeaufsicht, Staatl. Amt für Arbeitsschutz) zu senden. Unterliegt das Unternehmen der bergbehördlichen Aufsicht, erhält die zuständige untere Bergbehörde ein Exemplar . Ein Exemplar dient der Dokumentation im Unternehmen. Ein Exemplar erhält der Betriebsrat (Personalrat), falls vorhanden.
Wer ist von der Unfallanzeige zu informieren ?	Versicherte, für die eine Anzeige erstattet wird, sind auf ihr Recht hinzuweisen, dass sie eine Kopie der Anzeige verlangen können. Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt sind durch den Unternehmer oder seinen Bevollmächtigten über die Unfallanzeige zu informieren.
Wie ist die Unfallanzeige zu erstatten?	Neben der Versendung per Post besteht auch die Möglichkeit der Anzeige durch Datenübertragung, wenn der Empfänger dies z. B. auf seiner Homepage anbietet.
Innerhalb welcher Frist ist die Unfallanzeige zu erstatten?	Der Unternehmer oder sein Bevollmächtigter hat die Anzeige binnen 3 Tagen zu erstatten, nachdem er von dem Unfall Kenntnis erhalten hat.
Was ist bei schweren Unfällen, Massenunfällen und Todesfällen zu beachten?	Tödliche Unfälle, Massenunfälle und Unfälle mit schwerwiegenden Gesundheitsschäden sind sofort dem zuständigen Unfallversicherungsträger und bei Unternehmen, die der allgemeinen Arbeitsschutzaufsicht oder der bergbehördlichen Aufsicht unterliegen, auch der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörde bzw. der unteren Bergbehörde zu melden (Telefon, Fax, E-Mail).

II. Erläuterungen zu den Fragen der Unfallanzeige

2. Anzugeben ist die Unternehmensnummer (Mitgliedsnummer) beim Unfallversicherungsträger (z. B. enthalten im Beitragsbescheid oder im Bescheid über die Zuständigkeit).
9. Der im Unternehmen tätige Beschäftigte einer Zeitarbeitsfirma/eines Personaldienstleisters ist ein Leiharbeitnehmer. (Es liegt ein Arbeitnehmerüberlassungsvertrag vor.)
13. Bei gesetzlicher Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld genügt Name, PLZ und Ort der Kasse; in anderen Fällen bitte zusätzlich Art der Versicherung angeben (z. B. Privatversicherung, Rentnerkrankenversicherung, Familienversicherung, freiwillige Versicherung bei gesetzlicher Krankenkasse).
17. Die Schilderung des Unfallhergangs soll detaillierte Angaben zum Unfall und zu seinen näheren Umständen enthalten (wo, wie, warum, unter welchen Umständen, Angabe der beteiligten Geräte oder Maschinen). Insbesondere auf die folgenden Punkte sollte die Schilderung des Unfallhergangs eingehen.

Anzugeben ist der Betriebsteil, in dem sich der Unfall ereignete: z. B. Büro, Schlosserei, Verkauf in der Herrenkonfektion, Betriebshof, Gewächshaus, Stall.

Anzugeben ist die Tätigkeit, die die verletzte Person ausübte. Z. B. ... bediente einen Kunden, ... trug Unterlagen zum Meisterbüro, ... schlug einen Bolzen heraus, ... entlud Lieferwagen, ... reparierte Maschine (Art, Hersteller, Typ, Baujahr).

Anzugeben sind die Umstände, die den Verlauf des Unfalls kennzeichnen (unfallauslösende Umstände, welche Arbeitsmittel wurden benutzt bzw. an welchen Maschinen und Anlagen wurde gearbeitet).
Z. B.: ...beugte sich zu weit zur Seite aus, dadurch rutschte die Leiter weg und die Person stürzte 3 m in die Tiefe, ... verkantete das Holz und wurde von der Holzkreissäge (Hersteller, Typ, Baujahr) erfasst, ... rutschte durch auf dem Boden liegenden Abfall/Schmutz/Öl/Dung aus.

Waren Arbeitsbedingungen wie Hitze, Kälte, Lärm, Staub, Strahlung gegeben, die mit dem Unfall im Zusammenhang stehen könnten?
Wurde mit Gefahrstoffen umgegangen, die mit dem Unfall im Zusammenhang stehen könnten?

Die Unfallschilderung kann auf der Rückseite oder auf einem Beiblatt fortgesetzt werden.
18. Beispiele: Rechter Unterarm - Linker Zeigefinger - Linker Fuß und rechte Kopfseite.
19. Beispiele: Prellung, Knochenbruch, Verstauchung, Verbrennung, Platzwunde, Schnittverletzung.
23. Hier einsetzen z. B. Verkäuferin, Buchhalter, Maurer, Elektroinstallateur, Krankenschwester, Landwirt Gärtner und nicht "Arbeiter", "Angestellter" oder "Unternehmer".
25. Beispiele: Büro, Lager, Schlosserei, Labor, Lebensmittelabteilung, Fabrikhof, Bauhof.

1 Name und Anschrift des Unternehmers

Unfallanzeige

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Bezirksverwaltung _____
Postfach _____
Postleitzahl _____

Aktenzeichen:

4 Name, Vorname d. Versicherten				5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr				
6 Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort						
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			8 Staatsangehörigkeit			9 Leiharbeiter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			11 Ist d. Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt			<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer						
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für _____ Wochen				13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)								
14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		15 Unfallzeitpunkt			16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)							
		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute						
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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses						22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten						
						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		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)						

1 Name und Anschrift des Unternehmers

Unfallanzeige

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Bezirksverwaltung _____
Postfach _____
Postleitzahl _____

Aktenzeichen:

4 Name, Vorname d. Versicherten				5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr			
6 Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort					
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			8 Staatsangehörigkeit			9 Leiharbeiter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			11 Ist d. Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt			<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer					
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für _____ Wochen				13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)							
14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		15 Unfallzeitpunkt			16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)						
		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute					
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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses						22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten					
						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						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)				

1 Name und Anschrift des Unternehmers

Unfallanzeige

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Bezirksverwaltung _____
Postfach _____
Postleitzahl _____

Aktenzeichen:

4 Name, Vorname d. Versicherten				5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr			
6 Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort					
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			8 Staatsangehörigkeit			9 Leiharbeiter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			11 Ist d. Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt			<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer					
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für _____ Wochen				13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)							
14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		15 Unfallzeitpunkt			16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)						
		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute					
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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses						22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten					
						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						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)				

1 Name und Anschrift des Unternehmers

Unfallanzeige

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Bezirksverwaltung _____
Postfach _____
Postleitzahl _____

Aktenzeichen:

4 Name, Vorname d. Versicherten				5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr			
6 Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort					
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			8 Staatsangehörigkeit			9 Leiharbeiter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			11 Ist d. Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt			<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer					
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für _____ Wochen				13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)							
14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		15 Unfallzeitpunkt			16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)						
		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute					
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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses						22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten					
						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						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)					

1 Name und Anschrift des Unternehmers

Unfallanzeige

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Bezirksverwaltung _____
Postfach _____
Postleitzahl _____

Aktenzeichen:

4 Name, Vorname d. Versicherten				5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr			
6 Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort					
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			8 Staatsangehörigkeit			9 Leiharbeiter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			11 Ist d. Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt			<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer					
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für _____ Wochen				13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)							
14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		15 Unfallzeitpunkt			16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)						
		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute					
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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses						22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten					
						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						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)					