

1 Name und Anschrift des Unternehmers		UNFALLANZEIGE													
		2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers													
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>													
3 Empfänger															
4 Name, Vorname des 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 der 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 <input type="text"/> Wochen			13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)												
14 Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		15 Unfallzeitpunkt 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"/> des 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		Ende									
				Stunde Minute		Stunde Minute									
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als				24 Seit wann bei dieser Tätigkeit		Monat Jahr									
25 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?															
26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später am				Tag		Monat		Stunde							
27 Hat der 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)									