

Schul-/ Arbeits-/Wegeunfall

Bitte alle Angaben beantworten und ausfüllen

Name: _____ Vorname: _____

Tel.: _____ geb.: _____

Anschrift des Unfallbetriebs (Schule/Kindergarten/Arbeitgeber) :

Name Unfallbetrieb: _____

Anschrift: _____

Wie lautet Ihre Berufsgenossenschaft? Wenn nicht sicher bitte beim Arbeitgeber nachfragen

Beruf: _____ seit wann: _____

1. Wann ist der Unfall passiert?

Datum: _____ Uhrzeit: _____

2. Beginn und Ende der Arbeitszeit am Unfalltag?

Beginn: _____ Ende: _____

3. Wie ist der Unfall passiert? Unfallhergang, Unfallort und Angaben der bestehenden Schmerzen.

4. Verhalten nach dem Unfall:

(z.B. weiter gearbeitet, Arzt oder Krankenhaus aufgesucht etc.)

5. Wann wurden Sie erstmalig nach dem Unfall behandelt?

6. Wer hat Sie erstmalig behandelt? _____

7. Bestehen Vorerkrankungen/Beeinträchtigungen im verletzten Bereich?

Datum _____ Unterschrift _____