

## Unfallanzeige

Mein Kind ist verunfallt, was ist zu tun?

- Bei Unfallverletzungen, die zwar eine Erste-Hilfeleistung, aber keinen Besuch in einer ärztlichen Praxis oder einem Krankenhaus zur Folge haben, erfolgt ein Eintrag in das schulinterne Verbandsbuch auf webuntis. Die Meldung erfolgt über die Fachlehrkraft oder über Fr. Rippe.
- Erfolgte aufgrund eines Schulunfalls oder Wegeunfalls eine Behandlung in einer ärztlichen Praxis oder Krankenhaus, müssen Sie oder Ihr Kind **binnen drei Tagen** im Sekretariat bei Fr. Schmidt (04471-948121) eine Unfallanzeige erstatten.
  - Gerne können Sie die Unfallanzeige hinsichtlich der Punkte 5-21 vorbereiten (s. Anlage).
  - Das Sekretariat sendet die Unfallanzeige an den zuständigen Unfallversicherungsträger und behält eine Kopie zur Dokumentation in der Schule.
- Beachten Sie, dass Massenunfälle und Unfälle mit schwerwiegenden Gesundheitsschäden sofort in der Schule zu melden sind.

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

5 Name, Vorname der versicherten Person

6 Geburtsdatum Tag : Monat : Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

Männlich  Weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall

Ja  Nein

12 Unfallzeitpunkt

Tag : Monat : Jahr : Stunde : Minute

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

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

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den  
Besuch der Einrichtung unterbrochen?

Nein  Sofort

Später am Tag : Monat : Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch  
der Einrichtung wieder aufgenommen?

Nein

Ja, am Tag : Monat : Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge  
des Unfalls?

Ja  Nein

20 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung

Stunde : Minute : Stunde : Minute  
Beginn : Ende :

22 Datum

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen