

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger/-in

5 Geburtsdatum	:	Tag	:	Monat	:	Jahr	:
	:	:	:	:	:	:	:

Postleitzahl

[illegible]☐ Ja ☐ Nein

☐ verheiratet
☐ in eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend
☐ verwandt

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

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)

19 Art der Verletzung

☐ Ja ☐ Nein

		Stunde	Minute			Stunde	Minute
Beginn	:	:	:	Ende	:	:	:

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?	Monat	Jahr
	:	:
	:	:
	:	:

☐ Nein ☐ Sofort Später, am : Tag : Monat : Stunde
: : : :

☐ Nein ☐ Ja, am Tag Monat Jahr

Telefon-Nr. für Rückfragen