

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)

GS Deisenhofen
Schulstr. 4

82041 Deisenhofen

UNFALLANZEIGE *)

für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

Gemeinde Oberhaching

4 Empfänger

Kommunale Unfallversicherung Bayern
80791 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

-

5 Name, Vorname des Versicherten		6 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
----------------------------------	--	----------------	-----	-------	------

7 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
----------------------	--------------	-----

8 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	9 Staatsangehörigkeit	10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter
---	-----------------------	--

11 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	12 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute	13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
---	--	---

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

Die Angaben beruhen auf der Schilderung des Versicherten anderer Person

15 Verletzte Körperteile	16 Art der Verletzung
--------------------------	-----------------------

17 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> sofort	<input type="checkbox"/> später am	Tag	Monat	Stunde
---	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-----	-------	--------

18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	Tag	Monat	Jahr
---	-------------------------------	---------------------------------	-----	-------	------

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)	War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes / Krankenhauses	21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute
---	---

D. Büchlmeir, R	089-23 70 200-0
-----------------	-----------------

22 Datum	Leiter (Beauftragter) der Einrichtung	Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)
----------	---------------------------------------	--

*) Erläuterungen zur Unfallanzeige siehe Rückseite