

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

Flecken Coppenbrügge
Schloßstraße 2
31863 Coppenbrügge

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger

Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen
Postfach 280
30002 Hannover

4 Name, Vorname des Versicherten
Musterfrau Erika

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr
2 4 0 9 1 9 5 7

6 Straße, Hausnummer
Musterstraße 65

Postleitzahl
3 1 8 6 3

Ort
Coppenbrügge

7 Geschlecht
 männlich weiblich

8 Staatsangehörigkeit
Deutsch

9 Leiharbeitnehmer
 ja nein

10 Auszubildender
 ja nein

11 Ist der Versicherte Unternehmer
 mit dem Unternehmer verwandt

Ehegatte des Unternehmers
 Gesellschafter/Geschäftsführer

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
besteht für Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)
AOK Hameln 31785 Hameln

14 Tödlicher Unfall?
 ja nein

15 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute
1 3 1 0 2 0 1 1 1 5 3 7

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
31863 Coppenbrügge Schulstraße

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Unfallhergang

Die Angaben beruhen auf der Schilderung des Versicherten anderer Personen

18 Verletzte Körperteile
rechte Hand

19 Art der Verletzung
Prellung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)
Hans Muster Ithstraße 65 31863 Coppenbrügge

War diese Person Augenzeuge?
 ja nein

21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses
Dr. Maier Musterweg 32 31863 Coppenbrügge / zu 22 Feuerwehrdienstzeit

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten
Stunde Minute Stunde Minute
Beginn 1 5 0 0 Ende 1 7 3 0

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als
Angriffstruppführer zu 24 Eintrittsdatum Feuerwehr

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat Jahr
1 0 1 9 8 2

25 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?
FFW Eigener Ortsname

26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? nein sofort später, am Tag Monat Stunde

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? nein ja, am Tag Monat Jahr

13.10.2011 Orts BM Gemeindegemeinschaftsbeauftragter Gemeinde

28 Datum Unternehmer/Bevollmächtigter Betriebsrat (Personalrat) Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)

Anlage zur Unfallanzeige

Hinweise zum Ausfüllen von Feld 17 (Unfallhergang)

Die Schilderung soll insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Tätigkeit des Verletzten
- Beteiligte Gegenstände / Stoffe (z.B. Bordstein, Leiter, Tragkraftspritze)
- Relevante Persönliche Schutzausrüstung (PSA)
- Genaue Ortsbeschreibung zur Präzisierung von Feld 16

Hinweis zum Feld 28 (Unterschriften)

Nach § 18 Abs. 3 der Satzung ist die Unfallanzeige auch vom **Sicherheitsbeauftragten** mit zu unterzeichnen. Dies kann in diesem Feld erfolgen.

Ergänzende Fragen zur Unfallanzeige:

1. Gehört die/der Verletzte einer Feuerwehr an?

wenn ja: ehrenamtlich oder hauptberuflich ja nein

Oder handelt es sich um einen Helfer? ja nein

2. Art der Feuerwehr

2.1 Freiwillige Feuerwehr..... 2.4 Pflichtfeuerwehr.....
2.2 Hauptamtliche Wachbereitschaft..... 2.5 Werkfeuerwehr.....
2.3 Berufsfeuerwehr.....

3. Art des Feuerwehrdienstes zum Unfallzeitpunkt (Unfalltag)?

3.1 Brandbekämpfung.....
3.2 Rettungsdienst einschließlich Krankentransport.....
3.3 Technische Hilfeleistung.....
3.4 Abwehr sonstiger Gefahren.....
3.5 Übungs- und Schulungsdienst.....
3.6 Arbeits- und Werkstätdienst.....
3.7 Körperschulung und Sport.....
3.8 Feuerwehrdienstliche Veranstaltung (Art der Veranstaltung angeben).....
3.9 Katastrophenschutz.....

4. Angaben zum Verletzten

Beruf: Zivilberuf d. Verletzten

Anschrift Arbeitgeber: Zivilarbeitgeber

Hat der/die Verletzte die Tätigkeit in seinem Zivilberuf eingestellt? ja nein
Bei Schülern ist anzugeben, ob Schulunfähigkeit vorliegt.

Krankenversicherung: pflicht freiwillig privat

Telefon: Telefonnr. des Verletzten

Konto Nr: 567890

BLZ: 12345678789

Bank / Sparkasse: _____

5. Hat die Stadt / Gemeinde bzw. Feuerwehr eine zusätzliche Unfallversicherung

Bei welcher Gesellschaft? ja nein

Vereinbarte Versicherungssummen:

a) Tagegeld 0,00 € b) Invalidität 0,00 € c) Tod 0 €