

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 <input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich		8 Staatsangehörigkeit Deutsch		9 Leiharbeitnehmer <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		11 Ist der Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt		<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer		
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen		13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort) AOK Hameln 31785 Hameln				
14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		15 Unfallzeitpunkt			16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) 31863 Coppenbrügge Schulstraße	
		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute
		1 3	1 0	2 0 1 1	1 5	3 7
17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)						
Unfallhergang						
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses Dr. Maier Musterweg 32 31863 Coppenbrügge /				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? <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am Tag Monat Stunde						
27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am Tag Monat Jahr						
13.10.2011 Orts BM <i>Gemeindesicherheitsbeauftragter</i> <i>Gemeinde</i>						
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: 123456789

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 €