

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung,  
Schule, Hochschule)  
Gemeinschaftsschule Wentorf  
Achtern Höben 3  
21465 Wentorf bei Hamburg

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tageseinrichtungen,  
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung  
Gemeinde Wentorf

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

0704307

UNFALLKASSE NORD

Seekoppelweg 5a

24113 Kiel

Fax: 0431-6407250

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 checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen									
15 Verletzte Körperteile					16 Art der Verletzungen				
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				
040-7200443-0									
22 Datum:		Leiter (Beauftragter) der Einrichtung				Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)			