

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

**Gemeinde A-Dorf
(auf. Ortsfeuerwehr B-Dorf)**

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

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

3 Empfänger

**Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen
Postfach 280

30002 Hannover**

4 Name, Vorname des Versicherten

Meier, Friedrich

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

0 3 0 4 1 9 6 6

6 Straße, Hausnummer

Neue Straße 10

Postleitzahl

3 2 1 0 0

Ort

A-Dorf

7 Geschlecht

männlich weiblich

8 Staatsangehörigkeit

deutsch

9 Leiharbeitnehmer

ja nein

10 Auszubildender

ja nein

11 Ist der Versicherte

Unternehmer

mit dem Unternehmen verwandt

Gesellschafter/Geschäftsführer

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für 0 6 Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

AOK C-Stadt

14 Tödlicher Unfall?

ja nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute
0 9 0 7 2 0 2 0 3 5

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

**Feuerwehrgerätehaus B-Dorf
Am Markt 10**

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

Beispiel 1:

Herr Meier trug einen Verteiler aus der Fahrzeughalle in den angrenzenden Lagerraum. Dabei stolperte er über die Ausgleichstufe im Durchgangsvorfeld der Fahrzeughalle zum Lagerraum, stürzte auf den linken Arm und brach sich diesen.

Herr Meier trug zum Unfallzeitpunkt Feuerwehrsicherheitsschuhwerk.

Beispiel 2:

Herr Meier stieg in die Fahrzeughalle auf der Beifahrerseite aus dem TLF 8/18 aus, knickte um, strauchelte, fiel mit dem linken Unterarm auf die Trittstufe zum Mannschaftsraumes des benachbart abgestellten LF 8/6 und brach sich diesen.

Herr Meier trug zum Unfallzeitpunkt Feuerwehrsicherheitsschuhwerk.

Die Angaben beruhen auf der Schilderung des Versicherten anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

linker Unterarm

19 Art der Verletzung

Knochenbruch

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)

OFM Schmidt, A-Dorf, Untere Straße 10

War diese Person Augenzeuge?

ja nein

21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses

Dr. med. Müller, C-Stadt, Alte Straße 15

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten

Stunde Minute Beginn 2 0 0 0 Ende 2 2 0 0

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

Truppführer

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?

Monat Jahr
0 7 1 9 9 8

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

Ortsfeuerwehr B-Dorf

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

10.07.2002 (Unterschrift)

(Telefonnummer, Name)

28 Datum

Unternehmer/Bevollmächtigter

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)