

# Unfallmeldung



Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße:

---

Hausnummer:

---

PLZ, Ort:

---

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname:

---

Straße / Nr.:

---

PLZ, Ort:

---

Telefon:

---

Unfall:

Unfalldatum:

---

Unfallzeit:

---

Zeitpunkt unbekannt

Unfallort:

---

Verletzungsart:

---

Unfallbeschreibung:

---

---

---

Die Angaben beruhen auf der Schilderung:

des Versicherten

anderer Person

Verletzte Körperteile

\_\_\_\_\_

Art der Verletzung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen:

Nein       Sofort       später, am \_\_\_\_\_       ja, am \_\_\_\_\_

Zeuge/Erstkontakt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Augenzeuge:

Ja       Nein

Erstbehandlung Arzt/Krankenhaus

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_