

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung

Albert-Einstein-Gymnasium
Parsevalplatz 2
67227 Frankenthal

für Kinder in Tagesbetreuung oder
vorschulischer Sprachförderung,
Schülerinnen und Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

Stadt Frankenthal

4 Empfänger/-in

Unfallkasse
Rheinland-Pfalz

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

50237

56624 Andernach

5 Name, Vorname der versicherten Person		6 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
7 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
8 Geschlecht ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers ☐ Keine Angabe		9 Staatsangehörigkeit	
10 Name, Anschrift und Telefonnummer der gesetzlich Vertretungsberechtigten			
11 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)			
12 Tödlicher Unfall? ☐ Nein ☐ Ja		13 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm) Uhr	
14 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)		15 Unfall beim Distanzunterricht? ☐ Nein ☐ Ja	
16 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)			
Die Angaben beruhen auf der Schilderung ☐ der versicherten Person ☐ anderer Personen			
17 Verletzte Körperteile		18 Art der Verletzung	
19 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?		☐ Nein ☐ Sofort ☐ Später, am (TT.MM.) um Uhr (hh)	
20 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?		☐ Nein ☐ Ja, am (TT.MM.JJJJ)	
21 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)		War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? ☐ Nein ☐ Ja	
22 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses		23 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung (hh:mm) Beginn Uhr Ende Uhr	
24 Datum Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung Telefon-Nr. für Rückfragen			