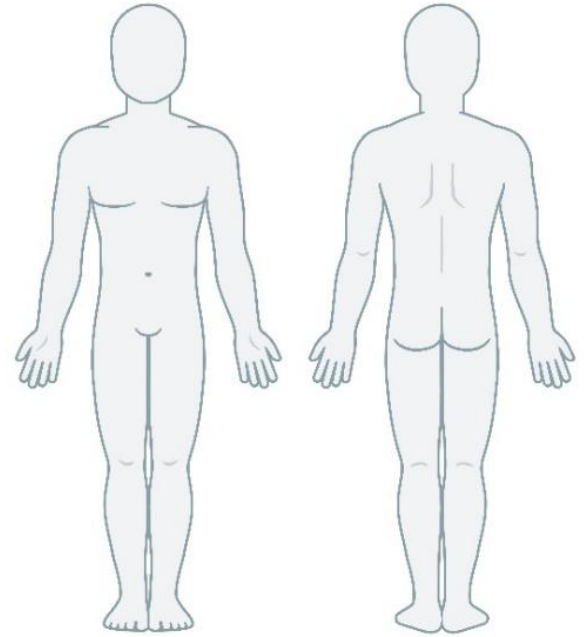


Unfallart: ☐ Arbeitsunfall ☐ Wegeunfall ☐ Beinaheunfall	Arbeit gestoppt: ☐ Nein ☐ Sofort ☐ Später, am:
Name, Vorname:	Unfalldatum:
Anschrift:	Unfallzeitpunkt:
Tätigkeit:	Arzt aufgesucht: ☐ Betriebsarzt ☐ Hausarzt ☐ Krankenhaus ☐ Nein
bei Firma:	Anschrift:
Ansprechpartner/Zeuge:	Transport:

<u>Unfallschilderung:</u>	<u>Verletztes Körperteil:</u>	
	Wählen Sie einen Eintrag aus	
	<u>Unfalltyp:</u>	
	Wählen Sie einen Eintrag aus	
	<u>Art der Verletzung:</u>	
	Wählen Sie einen Eintrag aus	

