

# -Unfallmeldung

Unfallart: <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Beinaheunfall	Arbeit eingestellt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am: <input type="text"/>
Name, Vorname: <input type="text"/>	Unfalldatum: <input type="text"/>
Anschrift: <input type="text"/>	Unfallzeitpunkt: <input type="text"/>
Tätigkeit: <input type="text"/>	Arzt aufgesucht: <input type="checkbox"/> Betriebsarzt <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Nein
bei Firma: <input type="text"/>	Anschrift: <input type="text"/>
Ansprechpartner/Zeuge: <input type="text"/>	Transport: <input type="text"/>
Arbeitszeit am Unfalltag: Beginn: <input type="text"/> Ende: <input type="text"/>	

## Unfallschilderung:

Verletztes Körperteil:

Unfalltyp:

Art der Verletzung:

