



UNFALLMELDUNG vom Mitarbeiter auszufüllen !  
Bitte ins Büro senden !



PLZ Stadt ;  
Strasse Nr.  
vom Büro:

Herr/Frau (Verunfallte/r).....

Wohnsitz: PLZ, Ort: ( ) ..... Straße, Haus Nr.....

Tätigkeit: .....

bei Firma:.....Ansprechpartner: .....

PLZ / Ort ( )..... Straße, Nr.: .....

am  Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  Samstag  (Sonntag)

den (Datum) ..... um ..... Uhr

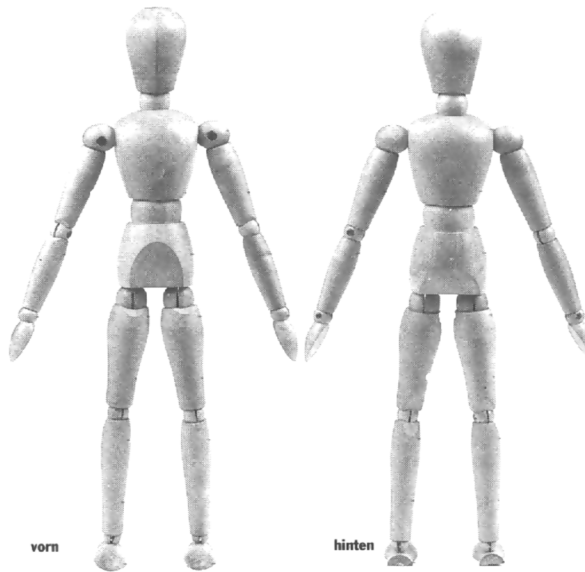
hatte ich einen  Arbeitsunfall  Wegeunfall  Beinahe Unfall  unsichere Situation

bei dem ich mich folgendermaßen verletzt habe:

verletztes Körperteil:

(bitte kennzeichnen)

- Kopf
- Hals
- Schulter
- Oberarm
- Ellenbogen
- Unterarm
- Hand
- Finger
- Brustkorb
- Rücken
- Hüfte
- Becken
- Gesäß
- Oberschenkel
- Knie
- Unterschenkel
- Fuß
- Zehen
- Ferse



Sonstiges .....

Art der Verletzung:

- Schnitt
- Prellung
- Quetschung
- Bruch
- Verbrennung
- Hautabschürfung
- Verätzung
- Verstauchung
- Einatmen von Dämpfen oder Stäuben
- Sonstige:

.....  
Wer hat den Unfall zuerst  
in Kenntnis genommen?  
(Name, Anschrift)

.....  
War diese Person  
Augenzeuge?  Ja  Nein

Was ist passiert ? (Kurzbeschreibung).....

Hat der Versicherte die Arbeit sofort eingestellt?  Nein  Sofort  Später, am .....

Ich habe es -dem Betriebsarzt gemeldet: -meinem Hausarzt gemeldet: -keinen Arzt aufgesucht:

Name des Arztes:.....

Ich bin direkt ins Krankenhaus eingeliefert worden: Ich bin selber ins Krankenhaus gegangen:  
Ich war in keinem Krankenhaus:

Name des Krankenhauses: .....