UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens
Gemeinde A-Dorf
(ggf. Ortsfeuerwehr B-Dorf)

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger
Feuerwehr–Unfallkasse Niedersachsen
Postfach 280

30002 Hannover

4 Name, Vorname des Versicherten
Meier, Friedrich

5 Geburtsdatum: Tag **03** Monat **04** Jahr **1966**

6 Straße, Hausnummer
Neue Straße 10

Postleitzahl **32100**

Ort
A-Dorf

7 Geschlecht
☒ männlich ☐ weiblich

8 Staatsangehörigkeit
deutsch

9 Leiharbeitnehmer
☐ ja ☒ nein

10 Auszubildender
☐ ja ☒ nein

11 Ist der Versicherte ☐ Unternehmer ☐ des Unternehmers
☐ mit dem Unternehmer verwandt ☐ Gesellschafter/Geschäftsführer

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für **06** Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (Name, Ort)
AOK C-Stadt

14 Tödlicher Unfall?
☐ ja ☒ nein

15 Unfallzeitpunkt: Tag **09** Monat **07** Jahr **2002** Stunde **03** Minute **35**

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
Feuerwehrgerätehaus B-Dorf
Am Markt 10

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Beispiel 1:
Herr Meier trug einen Verteiler auf der Fahrzeugtreppe in den angrenzenden Lagerraum. Dabei stolperte er über die Ausgleichstufe im Durchgang von der Fahrzeughalle zum Lagerraum, stürzte auf den linken Arm und brach sich diesen.
Herr Meier trug zum Unfallzeitpunkt Feuerwehrsicherheitsschuhwerk.

Beispiel 2:
Herr Meier stieg in der Fahrzeughalle auf der Beifahrerseite aus dem TLF 8/18 aus, knickte um, strauchelte, fiel mit dem linken Unterarm auf die Trittstufe zum Mannschaftsraumes des benachbart abgestellten LF 8/6 und brach sich diesen.
Herr Meier trug zum Unfallzeitpunkt Feuerwehrsicherheitsschuhwerk.

Die Angaben beruhen auf der Schilderung ☒ des Versicherten ☐ anderer Personen

18 Verletzte Körperteile
linker Unterarm

19 Art der Verletzung
Knochenbruch

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)
OFM Schmidt, A-Dorf, Untere Straße 10

War diese Person Augenzeuge? ☒ ja ☐ nein

21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses
Dr. med. Müller, C-Stadt, Alte Straße 15

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten
Beginn: Stunde **20** Minute **00** Ende: Stunde **22** Minute **00**

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als
Truppführer

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat **07** Jahr **1998**

25 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?
Ortsfeuerwehr B-Dorf

26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? ☐ nein ☒ sofort später, am Tag Monat Stunde

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? ☒ nein ☐ ja, am Tag Monat Jahr

10.07.2002 **(Unterschrift)** **(Telefonnummer, Name)**

28 Datum Unternehmer/Bevollmächtigter Betriebsrat (Personalrat) Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)

MUSTER