

Name	Vorname	geboren
------	---------	---------

Geschlecht

weiblich männlich

Dienststelle

Private Anschrift

Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
--------	------------	-----	-----

Telefonische Erreichbarkeit

Private Telefonnummer	Mobil
-----------------------	-------

Zeitpunkt des Unfalls

Datum	Uhrzeit
-------	---------

Berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt des Unfalls

Arbeitszeit am Unfalltag

Regelarbeitszeit		Gleitzeitrahmen		Tatsächliche Arbeitszeit	
von	bis	von	bis	von	bis

Einstellung des Dienstes

sofort	nein	später, am
--------	------	------------

Wiederaufnahme des Dienstes

nein	ja, am
------	--------

Unfallstelle

Ort	Straße/Hausnummer	Gebäudeteil
-----	-------------------	-------------

Ausführliche Unfallschilderung (Tätigkeit, Verlauf, evtl. Beteiligung von Maschinen, Gefahrstoffen)

Verletztes Körperteil

Art der Verletzung

Erstbehandlung

Name des Arztes/der Ärztin

Anschrift

Weiterbehandlung

Name des Arztes/der Ärztin

Anschrift

Vorerkrankung/Beschwerden am verletzten Körperteil

nein

ja

Minderung der Erwerbsfähigkeit/Grad der Schädigungsfolge/Behinderung

nein

ja

Minderung der Erwerbsfähigkeit
Grad der Schädigungsfolge
Grad der Behinderung

Krankenversicherung

Name

Anschrift

Versicherungsnummer

Beteiligung Dritter am Unfall

nein

ja

Zeugen	
nein	ja (bitte Namen und Anschrift angeben)

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis:

Die Übersendung der Unfallanzeige entbehrt Sie nicht von der Pflicht den Unfall Ihrer Beschäftigungsbehörde anzuzeigen.

Das entsprechende Formblatt stellt Ihre Beschäftigungsbehörde zur Verfügung.

Bitte zurücksenden an

— Unfallversicherung Bund und Bahn
- Dienstunfallfürsorge -
26380 Wilhelmshaven