

# UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)

**Städtische Berufsschule für Fachinformatik Systemintegration**

Riesstr. 34, 80992 München

für Kinder in Tageseinrichtungen,  
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

4 Empfänger

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

**Kommunale Unfallversicherung**

**Bayern**

Ungererstr. 71

80805 München

5 Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ 6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort München

8 Geschlecht  männlich  weiblich 9 Staatsangehörigkeit deutsch 10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter

11 Tödlicher Unfall?  ja  nein 12 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute 13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) Schulgelände Berufsschulzentrum, Sporthalle, Riesstr.30 – 44, 80992 München

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  des Versicherten  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile \_\_\_\_\_ 16 Art der Verletzung \_\_\_\_\_

17 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen?  nein  sofort  ja, am Tag Monat Stunde

18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?  nein  ja, am Tag Monat Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen) \_\_\_\_\_ War diese Person Augenzeuge?  ja  nein

20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses \_\_\_\_\_ 21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

\_\_\_\_\_

22 Datum \_\_\_\_\_ Leiter (Beauftragter) der Einrichtung \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner) \_\_\_\_\_