

# UNFALLANZEIGE

1 Name der Fakultät

Für Studierende

2 Träger der Einrichtung

4 Empfänger

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers  
2 - 16

Technische Universität Chemnitz  
BfAU über Dezernat 5.0

09107 Chemnitz

5 Name, Vorname des Versicherten		6 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr
7 Straße, Hausnummer		Postleitzahl		Ort		
8 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		9 Staatsangehörigkeit		10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter		
11 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		12 Unfallzeitpunkt		Tag	Monat	Jahr
				Stunde	Minute	
13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)						
14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)						
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen						
15 Verletzte Körperteile			16 Art der Verletzung			
17 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort		später am	Tag	Monat
				Stunde		
18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		Tag	Monat	Jahr
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)				War diese Person Augenzeuge?		
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses			21 Beginn und Ende des Besuchs der TU Chemnitz			
			Beginn	Stunde	Minute	Ende
			Stunde		Minute	
22 Datum						
Leiter (Beauftragter) der Einrichtung			Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)			