

Bitte füllen Sie das Formular aus

Regenbogenschule
Am Sportplatz 3
64839 Münster

Unfallanzeige eines Schülers

Unfallkasse Hessen:
online oder per FAX: 069 29972-133

Verletzte(r) Schüler(in)

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Staatsangehörigkeit: _____

gesetzliche Vertreter

Nachname und Vorname: _____

Adressangaben gleiche wie Angaben des Verletzte(r) Schüler(in)

Strasse, Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Unfall

tödlicher Unfall: ja nein

Unfalldatum: _____ (tt:mm:jjjj)

Unfallzeit: _____ (ss:mm)

Zeitpunkt unbekannt

Beginn Unterrichtszeit: _____ Ende Unterrichtszeit: _____

Unfallort: Außerhalb d. Schulgebäudes (z.B. Pausenhof) Sportplatz Sporthalle

Innerhalb d. Schulgebäudes (z.B. Unterrichtsraum)

Unbekannt Sonstige Orte

Lage des Unfallortes: intern extern, Adresse: _____

Unfallbeschreibung:

Die Angaben beruhen auf der Schilderung: des Versicherten anderer Person

Bitte wenden

Verletzung:

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Nase | <input type="checkbox"/> Zähne | |
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide |
| <input type="checkbox"/> Auge | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Brustkorb | <input type="checkbox"/> Rücken | |
| <input type="checkbox"/> Hüfte | <input type="checkbox"/> Bauch | | |
| <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide |
| <input type="checkbox"/> Arm | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide |
| <input type="checkbox"/> Hand | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide |
| <input type="checkbox"/> Finger | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide |
| <input type="checkbox"/> Oberschenkel | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide |
| <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide |
| <input type="checkbox"/> Fuß | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide |
| <input type="checkbox"/> Fußzehen | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide |

Art der Verletzung: _____

Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen:

sofort nein später, am/um: _____ (Datum + Uhrzeit)

Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen:

ja, am _____ (Datum) nein

Zeuge/Erstkontakt

Nachname und Vorname: _____

Strasse. Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Augenzeuge: ja nein

Erstbehandlung Arzt/Krankenhaus

Nachname und Vorname: _____

Strasse. Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Angaben zur Unfallmeldung

Meldende Person: _____

Datum: _____