UNFALLANZEIGE

für Beschäftigte der Dresdner Hochschulen

TU Dresden, 01062 Dresden

SG 4.5 Arbeitssicherheit

Fakultät / Fachrichtung der TU Dresden:

Dresdner Hochschulsportzentrum

2 Träger der Einrichtung

Freistaat Sachsen

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

000 920 901

Unfallkasse Sachsen
Postfach 42
01651 Meißen

an folgender Hochschule beschäftigt:

_____

5 Name, Vorname der:s Versicherten	6 Geburtsdatum Tag	Monat	Jahr

(optional für eine schnellere Bearbeitung)

E-Mail: Telefon:

7 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

8 Geschlecht	9 Staatsangehörigkeit	10 Name und Anschrift der:s gesetzlichen Vertreter:in
☐ männlich ☐ weiblich		

11 Tödlicher Unfall ?	12 Unfallzeitpunkt					13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
	Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute	
☐ ja ☐ nein						

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

Sportart:

Die Angaben beruhen auf der Schilderung ☐ der:s Versicherten ☐ anderer Personen

15 Verletzte Körperteile	16 Art der Verletzung

17 Hat die:der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen ? ☐ nein ☐ sofort später am: Tag | Monat | Stunde

18 Hat die: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 der:s erstbehandelnden Ärztin:Arztes / Krankenhauses	21 Beginn und Ende des Besuches der Einrichtung					
	Beginn	Stunde	Minute	Ende	Stunde	Minute

Name & Unterschrift der:s Kursleitenden / Spielgruppenbetreuenden	Name & Unterschrift der:s Sportartverantwortlichen des DHSZ	Stempel & Unterschrift der:s Sicherheitsbeauftragten des DHSZ