

**TU Dresden, 01062 Dresden****Sachgebiet Arbeitssicherheit**

Fakultät / Fachrichtung der TU Dresden:

**Dresdner Hochschulsportzentrum**

Unfallkasse Sachsen

Postfach 42

01651 Meißen

**UNFALLANZEIGE**für Beschäftigte der Dresdner  
Hochschulen

2 Träger der Einrichtung

Freistaat Sachsen

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

200000-17

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				
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich										
11 Tödlicher Unfall ?		12 Unfallzeitpunkt				13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)				
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute				
14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)										
<b>Sportart:</b>										
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der:s Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen										
15 Verletzte Körperteile					16 Art der Verletzung					
17 Hat die:der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort							Tag	Monat	Stunde	
später am:										
18 Hat die: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 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				