

**TU Dresden, 01062 Dresden****SG 4.5 Arbeitssicherheit**

Fakultät / Fachrichtung der TU Dresden:

**Dresdner Hochschulsportzentrum**

Unfallkasse Sachsen

Postfach 42

01651 Meißen

**UNFALLANZEIGE**für Kinder in Tageseinrichtungen,  
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

Freistaat Sachsen

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

000 920 901

an folgender Hochschule immatrikuliert:  
  
\_\_\_\_\_

5 Name, Vorname des Versicherten					6 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr		
E-Mail:					Telefon:						
7 Straße, Hausnummer					Postleitzahl			Ort			
8 Geschlecht			9 Staatsangehörigkeit			10 Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters					
<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)											
<u>Sportart:</u>											
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 ?							Tag	Monat	Stunde		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später am:											
18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen ?							Tag	Monat	Jahr		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am:											
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 Besuches der Einrichtung					
						Beginn	Stunde	Minute	Ende	Stunde	Minute
Name & Unterschrift des Kursleiters / Spielgruppenbetreuers				Name & Unterschrift des Sportartverantwortlichen des DHSZ				Stempel & Unterschrift des Sicherheitsbeauftragten des DHSZ			