

Aktenzeichen: _____

I. Erläuterungen zur Unfallanzeige

- Wer** muss den Unfall anzeigen? **Unternehmerinnen und Unternehmer.** Diese können auch Personen bevollmächtigen die Unfallanzeige zu erstatten.
- Wann** ist ein Unfall anzuzeigen? Arbeitsunfälle und Wegeunfälle (z. B. Unfall auf dem Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstätte) sind anzuzeigen, wenn sie zu einer **Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Kalendertagen** oder zum **Tod** der versicherten Person führen.
- Wer **erhält** die Unfallanzeige?
- Der zuständige Unfallversicherungsträger (UV-Träger).
 - Unterliegt das Unternehmen der allgemeinen Arbeitsschutzaufsicht (bei landwirtschaftlichen Betrieben, nur soweit sie Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer beschäftigen), ist **ein Exemplar** an die für den Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde (z. B. Gewerbeaufsichtsamt, Amt für Arbeitsschutz) zu senden.
 - Unterliegt das Unternehmen der bergbehördlichen Aufsicht, erhält die zuständige untere Bergbehörde **ein Exemplar**.
 - **Ein Exemplar** bleibt zur Dokumentation im Unternehmen.
 - **Ein Exemplar** erhält der Betriebsrat (Personalrat), falls vorhanden. Die Unfallanzeige ist vom Betriebsrat (Personalrat) mit zu unterzeichnen.
- Wer ist zu **informieren**?
- Versicherte Personen sind auf Ihr Recht hinzuweisen, dass sie eine Kopie der Unfallanzeige verlangen können.
 - Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärztinnen und -ärzte.
- Wie** ist die Unfallanzeige zu erstatten? Per Post oder online, wenn der UV-Träger dies anbietet.
- Welche **Frist** gilt für die Unfallanzeige? **Innerhalb von 3 Tagen** nach Kenntnis vom Unfall.
- Was ist bei **schweren** Unfällen, Massenfällen und Todesfällen zu beachten? Tödliche Unfälle, Massenfälle und Unfälle mit schwerwiegenden Gesundheitsschäden sind **sofort** per Telefon, Fax oder E-Mail dem zuständigen UV-Träger und ggf. der zuständigen staatlichen Behörde (z. B. Gewerbeaufsichtsamt, untere Bergbehörde) zu melden.

II. Erläuterungen zu einzelnen Fragen der Unfallanzeige

- 2 Anzugeben ist die Unternehmensnummer (Mitgliedsnummer) beim UV-Träger (z. B. enthalten im Beitragsbescheid oder im Bescheid über die Zuständigkeit).
- 9 Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter sind im Unternehmen tätige Beschäftigte einer Zeitarbeitsfirma oder eines Personaldienstleisters. Es liegt ein Arbeitnehmerüberlassungsvertrag vor.
- 11 Hier sind Angaben zu machen, wenn die Unternehmerin oder der Unternehmer eine natürliche Person ist, auf die sich das Ergebnis des Unternehmens unmittelbar zum Vor- oder Nachteil auswirkt (z. B. Einzelunternehmerin oder persönlich haftender Gesellschafter einer OHG). Das Feld „verwandt“ ist auch dann anzukreuzen, wenn die versicherte Person mit der Unternehmerin oder dem Unternehmer bis zum dritten Grade verwandt, bis zum zweiten Grade verschwägert oder deren bzw. dessen Pflegekind ist.
- 13 Bei gesetzlicher Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld genügen Name, PLZ und Ort der Kasse; in anderen Fällen bitte Art der Versicherung angeben (z. B. Privatversicherung, Krankenversicherung für Rentnerinnen und Rentner, Familienversicherung, freiwillige Versicherung bei gesetzlicher Krankenkasse).

- 17 Hier soll der Unfall mit seinen näheren Umständen detailliert geschildert werden: Wo, wie, warum, unter welchen Umständen? Beteiligte Geräte, Maschinen, Fahrzeuge oder Gefahrstoffe? Insbesondere auf die folgenden Punkte ist einzugehen:
- Betriebsteil, in dem sich der Unfall ereignete: z. B. Büro, Schlosserei, Verkaufstheke, Betriebshof, Gewächshaus, Stall
 - Tätigkeit, die die verletzte Person ausübte: z. B. ... bediente eine Kundin, ... trug Unterlagen zum Konstruktionsbüro, ... schlug einen Bolzen heraus, ... entlud Lieferwagen,... reparierte Maschine (Art, Hersteller, Typ, Baujahr)
 - Umstände, die den Verlauf des Unfalls kennzeichnen (Was löste den Unfall aus, welche Arbeitsmittel wurden benutzt, an welchen Maschinen und Anlagen wurde gearbeitet?); z. B.:
 - ... beugte sich zu weit zur Seite, dadurch rutschte die Leiter weg und die Person stürzte 3 m in die Tiefe,
 - ... verkantete das Holz und wurde von der Holzkreissäge (Hersteller, Typ, Baujahr) erfasst, ... rutschte aus, weil auf dem Boden Abfall/Schmutz/Öl/Dung lag.Waren Arbeitsbedingungen wie Hitze, Kälte, Lärm, Staub, Strahlung gegeben, die mit dem Unfall im Zusammenhang stehen könnten?
Wurde mit Gefahrstoffen umgegangen, die mit dem Unfall im Zusammenhang stehen könnten?
- Die Unfallschilderung können Sie auf der Rückseite oder auf einem Beiblatt fortsetzen. Sie können auch Skizzen zur Erläuterung des Unfallverlaufs beifügen.
- 18 Beispiele: rechter Unterarm, linker Zeigefinger, linker Fuß und rechte Kopfseite
- 19 Beispiele: Prellung, Knochenbruch, Verstauchung, Verbrennung, Platzwunde, Schnittverletzung
- 23 Hier einsetzen z. B. Einzelhandelskaufmann, Buchhalterin, Maurer, Mechatronikerin, Pflegefachkraft, Landwirt, Gärtnerin, und nicht „Arbeiter“, „Angestellte“ oder „Unternehmerin“
- 25 Beispiele: Büro, Lager, Schlosserei, Labor, Lebensmittelabteilung, Fabrikhof, Bauhof

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger/-in

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Bezirksverwaltung _____
Postfach _____

Postleitzahl _____

4 Name, Vorname der versicherten Person	5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
---	----------------	-----	-------	------

6 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
----------------------	--------------	-----

7 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	8 Staatsangehörigkeit	9 Leiharbeiter/-in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------	---

10 Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	11 Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> Unternehmer/-in <input type="checkbox"/> mit der Unternehmerin/ dem Unternehmer: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwandt
--	--

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für _____ Wochen	13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)
---	----------------------------------

14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	15 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute	16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
---	--	---

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile	19 Art der Verletzung
--------------------------	-----------------------

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)	War diese Person Augenzeugin/Augezeuge des Unfalls? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--

21 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses	22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute
---	---

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als	24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat Jahr
--	---

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am Tag Monat Stunde
---	--

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am Tag Monat Jahr
--	--

28 Datum	Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen
----------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger/-in

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Bezirksverwaltung _____
Postfach _____

Postleitzahl _____

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Ja Nein

10 Auszubildende/-r

Ja Nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in

verheiratet

in eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend

verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
besteht für _____ Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

Ja Nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augezeuge
des Unfalls?

Ja Nein

21 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit
der versicherten Person

Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?

Monat Jahr

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

Nein

Sofort

Später, am

Tag Monat Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

Nein

Ja, am

Tag Monat Jahr

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger/-in

Berufsgenossenschaft
 für Gesundheitsdienst und
 Wohlfahrtspflege
 Bezirksverwaltung _____
 Postfach _____

 Postleitzahl _____

4 Name, Vorname der versicherten Person	5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
---	----------------	-----	-------	------

6 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
----------------------	--------------	-----

7 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	8 Staatsangehörigkeit	9 Leiharbeiter/in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------	--

10 Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	11 Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> Unternehmer/-in <input type="checkbox"/> Gesellschafter/-in Geschäftsführer/-in <input type="checkbox"/> mit der Unternehmerin/ dem Unternehmer: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwandt
--	--

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für _____ Wochen	13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)
---	----------------------------------

14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	15 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute	16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
---	--	---

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile	19 Art der Verletzung
--------------------------	-----------------------

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)	War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

21 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses	22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute
---	---

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als	24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat Jahr
--	---

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am Tag Monat Stunde
---	--

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am Tag Monat Jahr
--	--

28 Datum	Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen
----------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger/-in

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Bezirksverwaltung _____
Postfach _____

Postleitzahl _____

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Ja Nein

10 Auszubildende/-r

Ja Nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in

verheiratet
 in eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend
 verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
besteht für _____ Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

Ja Nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge
des Unfalls?

Ja Nein

21 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit
der versicherten Person

Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?

Monat Jahr

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

Nein

Sofort

Später, am

Tag Monat Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

Nein

Ja, am

Tag Monat Jahr

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger/-in

Berufsgenossenschaft
 für Gesundheitsdienst und
 Wohlfahrtspflege
 Bezirksverwaltung _____
 Postfach _____

 Postleitzahl _____

4 Name, Vorname der versicherten Person 5 Geburtsdatum Tag | Monat | Jahr

6 Straße, Hausnummer Postleitzahl | Ort

7 Geschlecht Männlich Weiblich 8 Staatsangehörigkeit 9 Leiharbeiter/in
 Ja Nein Ja Nein

10 Auszubildende/-r Ja Nein 11 Die versicherte Person ist
 Unternehmer/-in mit der Unternehmerin/
 Gesellschafter/-in dem Unternehmer:
 Geschäftsführer/-in verheiratet
 in eingetragener
 Lebenspartnerschaft lebend
 verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für _____ Wochen 13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall? Ja Nein 15 Unfallzeitpunkt Tag | Monat | Jahr | Stunde | Minute 16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile 19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) War diese Person Augenzeugin/Augezeuge des Unfalls?
 Ja Nein

21 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses 22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person
 Beginn | Stunde | Minute | Ende | Stunde | Minute

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als 24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat | Jahr

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt? Nein Sofort Später, am Tag | Monat | Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen? Nein Ja, am Tag | Monat | Jahr

28 Datum Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r) Betriebsrat (Personalrat) Telefon-Nr. für Rückfragen