



Unfallanzeige

Name: _____

Vorname: _____

Klasse: _____

Unfalldatum: _____

Unfallzeitpunkt: _____

Genauer Unfallort: _____

Ausführliche Schilderung:

Schilderung: d. Versicherte andere Person

Verletzte Körperteile: _____

Art der Verletzung: _____

Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen?

Ja (sofort) Ja (später) _____ nein

Wann wurde der Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? _____

Name u. Anschrift v. Zeugen (Erwachsener, **nicht** Mitschüler): _____

Augenzeuge: ja nein

Zuerst behandelnder Arzt / Krankenhaus: _____

Beginn d. Unterrichts: _____

Ende des Unterrichts: _____

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter