

# UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)  
Städt. Gesamtschule Delbrück  
Driftweg 6  
33129 Delbrück

für Kinder in Tageseinrichtungen,  
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung  
Stadt Delbrück

4 Empfänger

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen  
Regionaldirektion Westfalen-Lippe  
Postfach 59 67  
48135 Münster

5 Name, Vorname des Versicherten

6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr  
| | | | 2 | 0 | |

7 Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort  
| | | | 3 | 3 | 1 | | |

8 Geschlecht  männlich  weiblich 9 Staatsangehörigkeit 10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter

11 Tödlicher Unfall?  ja  nein 12 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute  
| | | | 2 | 0 | | | | |

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

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

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  des Versicherten  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile 16 Art der Verletzung

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

18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?  nein  ja, am Tag Monat Jahr  
| | | | 2 | 0 | |

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen) War diese Person Augenzeuge?  
 ja  nein

20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses 21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung  
Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

Diekmann-Brusche, Schulleiterin

05250/996-400

22 Datum Leiter (Beauftragter) der Einrichtung Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)