

1 Name und Anschrift des Unternehmers
Metering Service Gesellschaft mbH
 Handelsplatz 1
 04319 Leipzig

UNFALLANZEIGE

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

0	4	2	0	1	8	2	6	6	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3 Empfänger

Verwaltungsberufsgenossenschaft
 Wiener Platz 2
 01069 Dresden

Fax: 0351 8145-109

4 Name, Vorname des Versicherten	5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
----------------------------------	----------------	-----	-------	------

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

7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	8 Staatsangehörigkeit	9 Leiharbeiternehmer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------	---

10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	11 Ist der Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt <input type="checkbox"/> Gesellschafter/ Geschäftsführer
--	---

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="checkbox"/> Wochen	13 Krankenkasse des Versicherten (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 des Versicherten anderer Personen

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

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

21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses	22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten 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 der Versicherte ständig tätig?

26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später am	Tag Monat Stunde
---	----------------------

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	Tag Monat Jahr
---	--------------------

28 Datum	Unternehmer / Bevollmächtigter	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)
----------	--------------------------------	---------------------------	--