

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

**Technische Universität Dortmund
44221 Dortmund**

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

SU-U-52290

3 Empfänger/-in

**Technische Universität Dortmund
Referat 7 Arbeits-,Umwelt- und Gesundheitsschutz
z.Hd. Herr Tepe / Frau Schmidt
44227 Dortmund**

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum : Tag : Monat : Jahr
: : : :
: : : :

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht Divers
 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:
 verheiratet
 in eingetragener-
Lebenspartnerschaft lebend
 verwandt
 Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in

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 vers. Person
: Stunde : Minute : : Stunde : Minute
Beginn : : : : Ende : : : :
: : : : : : : : :

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
: : : : : : : : :

Herr Tepe 0231 / 755-3307

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen

Informationen für das Referat 7

Beschäftigungsverhältnis

Beschäftigte / r

Studierende / r

Beamte / r

Austellerdaten:

Name:

E Mail:

Tel.:

Einrichtung der / des Verunfallten

Dezernat / Fakultät:

Lehrstuhl / Institut:

Vorgesetzter:

Email Verunfallte Person:

Tel. Verunfallte Person:

Bei Abwesenheit von der TU bitten wir um Angaben der privaten Telefonnummer zwecks möglichen Rückfragen.

Tel.:

Brille kaputt?

Die Unfallkasse NRW kann die Kosten für beschädigte oder zerstörte Brillen übernehmen, wenn die Brille durch ein auf den Körper einwirkendes Unfallereignis beschädigt wurde und die Brille „in Funktion“ gewesen war. Das heißt, die Brille wurde zum Unfallzeitpunkt getragen. Ausreichend ist auch, wenn die Brille zum jederzeitigen Gebrauch am Körper mitgetragen wurde (z. B. die Brille ist in der Brusttasche). Bitte erwähnen Sie die Brille in der Unfallanzeige.