

Betrieb:

Stadt Neustadt an der Weinstraße  
Marktplatz 1

67433 Neustadt an der Weinstraße

# UNFALLANZEIGE

1 Mitgliedsnummer

2 Gewerbeaufsichtsamt/Bergamt

Neustadt an der Weinstraße

3 Betriebsnummer des Arbeitsamtes

4 Anschrift

Unfallkasse Rheinland-Pfalz

56624 Andernach

Eingangsstempel

Unfallart

Meldejahr

Vers.-Traeger

Gefahrtarifstelle

Unfallnummer

5 Name, Vorname					6 Versicherungsnummer oder Geburtsdatum								
7 Postleitzahl		Ort			Straße								
8 Familienstand				9 Geschlecht			10 Staatsangehörigkeit		zu 9	zu 10			
<input type="checkbox"/>	ledig	<input type="checkbox"/>	verheiratet	<input type="checkbox"/>	verwitwet	<input type="checkbox"/>	geschie- den	<input type="checkbox"/>	maen- nlich	<input type="checkbox"/>	weib- lich		
11 Zahl der Kinder unter 18 Jahren				zwischen 18 und 25 Jahren, soweit in Schul- oder Berufsausbildung			12 Als was ist der Beschaeftigte regelmäeßig eingesetzt		13 Seit wann in dieser Taetigkeit		Monat	Jahr	
				Feuerwehrmann (ehrena.)									
14 In welchem Teil des Unternehmens ist der Verletzte staendig eingesetzt?							15 Ist der Verletzte Leiharbeiter		zu 12				
Freiwillige Feuerwehr							<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
16 Ist der Verletzte minderjaehrig, entmuendigt oder steht er unter Pflegschaft? Ggf. Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters													
<input type="checkbox"/> nein													
17 Ist der Verletzte Unternehmer, Mitunternehmer, Ehegatte des Unternehmers oder mit ihm verwandt? Art der Verwandtschaft?													
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> Mitunter- nehmer <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> verwandt													
18 Krankenkasse des Verletzten (Name, Ort)				19 Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht bis Tag Monat			20 Hat der Verletzte die Arbeit wieder aufgenommen Tag Monat						
							<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am						
21 Verletzte Koerperteile					22 Art der Verletzung					zu 21	zu 22		
23 Welcher Arzt hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst versorgt (Name, Anschrift)								24 Ist der Verletzte tot?		zu 24			
								<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
25 Welcher Arzt behandelt den Verletzten zur Zeit? (Name, Anschrift)													
26 Falls sich der Verletzte im Krankenhaus befand, Anschrift des Krankenhauses								27 Tag Monat Jahr		Stunde	Minute		
								Unfall- zeitpunkt					
28 Hat der Verletzte die Arbeit eingestellt?				29 Beginn der Arbeitszeit			30 Ende der Arbeitszeit des Verletzten		zu 29				
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	sofort	<input type="checkbox"/>	spaeeter am	Tag	Monat	Stunde	Minute	Stunde	Minute		
31 Unfallstelle (genaue Orts- und Straßenangabe, auch bei Wegeunfaellen)													
32 An welcher Maschine ereignete sich der Unfall (auch Hersteller, Typ, Baujahr)													
33 Welche technische Schutzmaßnahme war getroffen?					34 Welche persönliche Schutzausrüstung hat der Verletzte benutzt?					zu 33	zu 34		
35 Welche Maßnahmen wurden getroffen, um aehnliche Unfaelle in Zukunft zu verhueten?													
36 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)							War diese Person Augenzeuge?						
							<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
37 Ausführliche Schilderung des Unfallherganges ( bei Verkehrsunfaellen der aufnehmenden Polizeidienststelle).													
Arbeitsbereich													
Unfallausloesender Gegenstand													
Bewegung des Gegenstandes													
Taetigkeit des Verl.													
Bew. des Verl.													

38 Datum

Unternehmer

Personalrat

Sicherheitsbeauftragter