NEUSTADT
an der Weinstraße

Brand- und Katastrophenschutz

Unfall im Dienst – Bericht für Unfälle mit Verletzungen, die **ärztliche** Versorgung notwendig machen.

Name:_____ **Einheit:**_____

WICHTIG

- **Dieser ausgefüllte Unfallbericht (2-seitig) soll innerhalb von 3 Tagen nach dem Unfall (bzw. Besuch eines Arztes/Krankenhauses) an die Stadtverwaltung, Abt. 140, Brand-und Katastrophenschutz gegeben werden!**

- **Hast du deine Einheitsführer(in) informiert?** **Ja** ☐ Datum: **Nein** ☐

- **Arbeitsunfähigkeit – krankgeschrieben?** **Ja** ☐ Ab wann:

Intern: Zusatzversicherung? Rechtsabteilung!	

- **Welche Maßnahmen wurden getroffen, um ähnliche Unfälle in Zukunft zu verhüten?**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

WICHTIG: Falls es wegen dieses Unfalls in der Zukunft zu einer Änderung des persönlichen Zustandes nach dieser Meldung kommt, z. B. stationäre/ambulante Behandlung, Arbeitsunfähigkeit/ krankgeschrieben, sofort WIEDER bei uns MELDEN!

Kontakt Info: **Email: Brand-und-Katastrophenschutz@neustadt.eu**

Katja Degen Marktplatz 1, 67433 Neustadt, Tel:06321/855-1426

Sicherheitsbeauftragter Michael Mathäß Tel: 0173 9936915

E-Mail: **sicherheit@fwnw.de**

Stadt Neustadt an der Weinstraße
Marktplatz 1

67433 Neustadt an der Weinstraße

Anschrift

Unfallkasse Rheinland-Pfalz

56624 Andernach

UNFALLANZEIGE

Mitgliedsnummer _____.

Gewerbeaufsichtsamt/Bergamt

Neustadt an der Weinstraße

_____

Betriebsnummer des Arbeitsamtes

_____

Eingangsstempel

Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum: / /	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Familienstand: ledig verheiratet	Geschlecht: männlich weiblich	Staatsangehörigkeit
In welchem Tell des Unternehmens ist der Verletzte ständig eingesetzt? **Brand- und Katastrophenschutz**	Als was ist der Beschäftigte regelmäßig eingesetzt? **Ehrenamtlicher Angehöriger des Brand- und Katastrophenschutzes**	Seit wann in dieser Tätigkeit?
Unfallzeitpunkt **Tag_____ Monat _____ Jahr _____ Uhrzeit _____**	Unfallstelle (auch bei Wegeunfällen)	
Ist der Verletzte minderjährig, entmündigt oder steht er unter Pflegschaft? Ggf. Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters		
Krankenkasse des Verletzten (Name, PLZ Ort)	Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht bis Tag _____Monat_____	Hat der Verletzte die Arbeit wieder aufgenommen Tag _____ Monat _____
Welcher Arzt hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst versorgt (Name, Anschrift)	Verletzte Körperteile	Art der Verletzung
An welcher Maschine ereignete sich der Unfall (Hersteller, Typ, Baujahr)	Welche technische Schutzmaßnahme war getroffen?	Welche persönliche Schutzausrüstung (PSA) hat der Verletzte benutzt?
Falls sich der Verletzte im Krankenhaus befand, Anschrift des Krankenhauses	Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) War diese Person Augenzeuge(in) des Unfalls? Ja Nein	
Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs, Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen. Bei Verkehrsunfällen die aufnehmende Polizeidienststelle. (*Skizze und/oder weitere Informationen auf ein separates Blatt)*.		

Datum:

Unterschrift: _____ Telefon-Nr. für Ruckfragen _____

Unfallbericht

Der obenstehende Unfallbericht wurde von mir als Sicherheitsbeauftragter zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift: _____
Sicherheitsbeauftragter