



1. Name und Anschrift des Unternehmens

Uniklinik Köln
50924 Köln

UNFALLANZEIGE

2. Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

820137589

3. Empfänger

zurück an:

Geschäftsbereich Personal
50924 Köln

4. Name, Vorname des/der Versicherten		5. Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr
6. Straße, Hausnummer		Postleitzahl		Ort		
7. Geschlecht	8. Staatsangehörigkeit		9. Leiharbeiter/in		Personalnummer	
☐ männlich ☐ weiblich			☐ ja ☐ nein			
10. Auszubildende/r	11. Ist der/die Versicherte		☐ Unternehmer/in		☐ Ehegatte des/der Unternehmers/in	
☐ ja ☐ nein	In der Regel ist hier kein Feld anzukreuzen!		☐ mit dem/der Unternehmer/in verwandt		☐ Gesellschafter/in / Geschäftsführer/in	
12. Anspruch auf Entgeltfortzahlung		13. Krankenkasse des/der Versicherten (Name, PLZ, Ort)				
besteht für _____ Wochen						
14. Tödlicher Unfall	15. Unfallzeitpunkt		16. Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)			
☐ ja ☐ nein	Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute	
17. Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)						
Die Angaben beruhen auf der Schilderung ☐ des/der 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?			
			☐ ja ☐ nein			
21. Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses			22. Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten			
			Stunde Minute 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?						
Tag Monat Stunde						
☐ nein ☐ sofort ☐ später, am						
27. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?						
Tag Monat Jahr						
☐ nein ☐ ja, am						

Köln, _____

28. Datum

Unterschrift

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)