



## Unfallmeldung Schüler Grundschule „Otto-Lilienthal“

Meldepflichtig ist jeder Schülerunfall, der eine **ärztliche Behandlung** nach sich zieht. Davon betroffen sind nicht nur Unfälle, die Schüler und Schülerinnen im Unterricht passieren, sondern auch während der Pause, beim Schulausflug oder auf dem Schulweg.

**Deswegen ist es sehr wichtig, dass Sie als Eltern der Schule alle Unfälle mitteilen.**

<b>UNFALLANZEIGE</b>	
1 Name und Anschrift der Einrichtung	
2 Träger der Einrichtung	
3 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger	
4 Empfänger/-in Unfallkasse Sachsen-Anhalt Käuperstraße 31 39261 Zerbst/Anhalt	
5 Name, Vorname der versicherten Person	6 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
7 Straße, Hausnummer	Postleitzahl
8 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Keine Angabe	9 Staatsangehörigkeit
10 Name, Anschrift und Telefonnummer der gesetzlich Vertretungsberechtigten	
11 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds)	
12 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	13 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm)    Uhr
14 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)	15 Unfall beim Distanzunterricht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
16 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)	
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> anderer Personen	
17 Verletzte Körperteile	18 Art der Verletzung
19 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am (TT.MM) um    Uhr (hh)	
20 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am (TT.MM.JJJJ)	
21 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)	War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
22 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses	23 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung (hh:mm) Beginn    Uhr    Ende    Uhr
24 Datum	Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung    Telefon-Nr. für Rückfragen