

# Schul-/ Arbeits-/Wegeunfall



Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus!

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

## Anschrift des Unfallbetriebs (Schule/Kindergarten/Arbeitgeber) :

Name des Unfallbetriebs: \_\_\_\_\_

Anschrift des Unfallbetriebs: \_\_\_\_\_

Wie lautet die für Sie zuständige Berufsgenossenschaft?

Wenn Sie sich nicht sicher sind, erfragen Sie diese bitte bei Ihrem Arbeitgeber.

Beruf: \_\_\_\_\_

seit wann: \_\_\_\_\_

1. Wann ist der Unfall passiert?

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

2. Beginn und Ende der Arbeitszeit am Unfalltag?

Beginn: \_\_\_\_\_

Ende: \_\_\_\_\_

3. Wie ist der Unfall passiert? Unfallhergang, Unfallort und Angaben der bestehenden Schmerzen.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Verhalten nach dem Unfall:

(z.B. weiter gearbeitet, Arzt oder Krankenhaus aufgesucht etc.)

\_\_\_\_\_

5. Wann wurden Sie erstmalig nach dem Unfall behandelt?

\_\_\_\_\_

6. Wer hat Sie erstmalig behandelt? \_\_\_\_\_

7. Bestehen Vorerkrankungen / Beeinträchtigungen im verletzten Bereich?

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_