



Unfallmeldung Studierende

Unfallmeldung

Name, Vorname der versicherten Person	Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm)	
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Keine Angabe		
Tätig im Hochschulbereich: <input type="checkbox"/> Fachbereich 01 <input type="checkbox"/> Fachbereich 02 <input type="checkbox"/> Fachbereich 03 <input type="checkbox"/> Fachbereich 05 <input type="checkbox"/> Fachbereich 06		
Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)		
Die Angaben beruhen auf der Schilderung der <input type="checkbox"/> versicherten Person <input type="checkbox"/> anderer Personen		
Verletzte Körperteile	Art der Verletzung	
Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)		
War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Arzt-/Krankenhausbesuch

Anschrift des Verunfallten (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
Telefon-Nr. für Rückfragen:		
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Staatsangehörigkeit	Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unfallort (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
Hat die versicherte Person den Hochschule Besuch eingestellt bzw. unterbrochen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Später um Uhr (hh)		
Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses		
Hat die versicherte Person den Hochschule Besuch wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja am (TT.MM.JJJJ/hh:mm)		
Beginn und Ende der regulären/geplanten Besuchszeit der versicherten Person von.....bis..... (hh:mm)		