

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger

Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen
Bertastr. 5
30159 Hannover

4 Name, Vorname des Versicherten

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

männlich weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiternehmer

ja nein

10 Auszubildender

ja nein

11 Ist der Versicherte Unternehmer

Ehegatte des Unternehmers

mit dem Unternehmer verwandt Gesellschafter/Geschäftsführer

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

ja nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung des 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

Beginn Stunde Minute Ende 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? nein sofort

später, am Tag Monat Stunde

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? nein ja, am

Tag Monat Jahr

28 Datum

Unternehmer/Bevollmächtigter

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)

Anlage zur Unfallanzeige

Hinweise zum Ausfüllen von Feld 17 (Unfallhergang)

Die Schilderung soll insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Tätigkeit des Verletzten
- Beteiligte Gegenstände / Stoffe (z.B. Bordstein, Leiter, Tragkraftspritze)
- Relevante Persönliche Schutzausrüstung (PSA)
- Genaue Ortsbeschreibung zur Präzisierung von Feld 16

Hinweis zum Feld 28 (Unterschriften)

Nach § 18 Abs. 3 der Satzung ist die Unfallanzeige auch vom **Sicherheitsbeauftragten** mit zu unterzeichnen. Dies kann in diesem Feld über „Betriebsrat (Personalrat)“ erfolgen. Der Träger des Brandschutzes unterzeichnet bei „Unternehmer/Bevollmächtigter“.

Ergänzende Fragen zur Unfallanzeige:

1. **Gehört die/der Verletzte einer Feuerwehr an?** ja nein

wenn ja: ehrenamtlich oder hauptberuflich oder verbeamtet

Oder handelt es sich um einen Helfer? ja nein

2. **Bei welcher Feuerwehr ereignete sich der Unfall?**

Stadt/(Samt-)Gemeinde:

Ortsfeuerwehr:

3. **Art der Feuerwehr**

Freiwillige Feuerwehr

Pflichtfeuerwehr

FTZ

Hauptamtliche Wachbereitschaft

Berufsfeuerwehr

4. **Art des Feuerwehrdienstes zum Unfallzeitpunkt (Unfalltag)?**

Brandbekämpfung

Rettungsdienst einschl. Krankentransport

Technische Hilfeleistung

Gefahrgutunfall

Hochwasser

Sturmschaden

Übungs- und Schulungsdienst

Vorbereitung auf Wettbewerbe

Löschübungen mit Feuer

Selbstrettungsübungen

Lehrgang in FTZ / NABK

Arbeits- und Werkstätdienst

Eigenleistung am Bau

Fitness und Sport allgemein

Fitness und Sport Fußball

Fitness und Sport Handball

andere Mannschaftssportarten

Schwimmen / Baden

Katastrophenschutz

Wettbewerbe

Zeltlager, JF-Freizeit

Fw-Bälle, -Feste, Umzüge

Öffentlichkeitsarbeit

Sammlungen (Altpapier, Spenden etc.)

Orientierungsmärsche, -fahrten

Feuerwehrdienstliche Veranstaltung

Feuerwehrdienstliche Veranstaltung:

5. **Hat die Stadt / Gemeinde bzw. Feuerwehr eine zusätzliche Unfallversicherung abgeschlossen?**

(ist nur anzugeben, wenn die Beiträge aus öffentlichen Mitteln gezahlt werden und es sich nicht um Versicherungen handelt, die dann eintreten, wenn die FUK keine Leistungen übernimmt).

ja nein

Bei welcher Gesellschaft?

Vereinbarte Versicherungssummen:

a) Tagegeld € b) Invalidität € c) Tod €

6. **Hat der/die Verletzte die Tätigkeit in seinem Zivilberuf eingestellt**

ja nein

Sofern Arbeitsunfähigkeit vorliegt, benötigen wir folgende Angaben des Verletzten:

Telefon:

E-Mail:

IBAN:

Bank / Sparkasse:

Krankenversicherung: pflicht freiwillig privat

Beruf:

Name und Anschrift Arbeitgeber: