

UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

Land Niedersachsen

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung,
Schule, Hochschule)

Sportzentrum der TU-Braunschweig
(Zentrale Einrichtung)
Franz-Liszt-Straße 34
38106 Braunschweig

4 Empfänger

Landesunfallkasse

Niedersachsen

Postfach 81 03 61

30503 Hannover

!!! NICHT AUSFÜLLEN !!!

**WIRD VOM SPORTZENTRUM
AUSGEFÜLLT!**

5 Name, Vorname des Versicherten

Markus Mustermann

6 Geburtsdatum

Tag Monat Jahr
0 9 1 1 1 9 8 9

7 Straße, Hausnummer

Musterweg 23

Postleitzahl

3 8 1 0 6

Ort

Braunschweig

8 Geschlecht

männlich weiblich

9 Staatsangehörigkeit

Deutschland

10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter

-

11 Tödlicher Unfall?

ja nein

12 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute
2 3 0 4 2 0 1 2 1 8 1 5

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

Sportgelände der TU-Braunschweig
Franz-Liszt-Str. 34
38106 Braunschweig

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Sportart: Laufen

Veranstaltung: Lauftreff, Mo., 18:00-19:30 Uhr

Unfallhergang:

Beim Aufwärmen liefen wir mit geringer geschwindigkeit die Finnbahn entlang.

Ich übersah trat unglücklich auf die Seitenbegrenzung und knickte mit dem Sprunggelenk/Knöchel nach innen.

Mein Gelenk schmerzte, also stellte ich das Training unverzüglich ein.

Die Angaben beruhen auf der Schilderung



des Versicherten



anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

Knöchel/Sprunggelenk/Innenbänder

16 Art der Verletzung

Riss der Innenbänder

17 Hat der Versicherte den Besuch der
Einrichtung unterbrochen?



nein



sofort



später am

Tag

Monat

Stunde

18 Hat der Versicherte den Besuch der
Einrichtung wieder aufgenommen?



nein



ja, am

Tag

Monat

Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)

Max Mustermann, Musterweg 23, 38106 Braunschweig

War diese Person Augenzeuge?



ja



nein

20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses

Dr. med. Henning Hinrichs
Ritterbrunnen 7, 38100 Braunschweig

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung

Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute
1 8 0 0 1 8 1 7

!!! – NICHT AUSFÜLLEN – !!!

22 Datum

Leiter (Beauftragter) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)