

TU Dresden, 01062 Dresden**Sachgebiet Arbeitssicherheit**

Fakultät / Fachrichtung der TU Dresden:

Dresdner Hochschulsportzentrum

Unfallkasse Sachsen

Postfach 42

01651 Meißen

UNFALLANZEIGEfür Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

Freistaat Sachsen

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

200000-17

an folgender Hochschule immatrikuliert:

5 Name, Vorname der:s Versicherten					6 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr			
E-Mail:					Telefon:							
7 Straße, Hausnummer					Postleitzahl			Ort				
8 Geschlecht			9 Staatsangehörigkeit			10 Name und Anschrift der:s gesetzlichen Vertreter:in						
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich												
11 Tödlicher Unfall ?		12 Unfallzeitpunkt				13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)						
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute						
14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)												
<u>Sportart:</u>												
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen												
15 Verletzte Körperteile					16 Art der Verletzung							
17 Hat die:der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen ?							Tag	Monat	Stunde			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später am:												
18 Hat die:der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen ?							Tag	Monat	Jahr			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am:												
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)							War diese Person Augenzeuge?					
							<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
20 Name und Anschrift der:s erstbehandelnden Ärztin:Arztes / Krankenhauses					21 Beginn und Ende des Besuches der Einrichtung							
					Beginn		Stunde	Minute	Ende		Stunde	Minute
Name & Unterschrift der:s Kursleitenden / Spielgruppenbetreuenden				Name & Unterschrift der:s Sportartverantwortlichen des DHSZ				Stempel & Unterschrift der:s Sicherheitsbeauftragten des DHSZ				