



1. Name und Anschrift des Unternehmens  
 Klinikum der Universität zu Köln  
 50924 Köln

# UNFALLANZEIGE

## 3. Empfänger

Klinikum der Universität zu Köln  
 Dezernat 4  
 Personal und Sozialwesen  
 Kerpenerstr. 68  
 50937 Köln

4. Name, Vorname des Versicherten | 5. Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr

6. Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

7. Geschlecht:  männlich  weiblich | 8. Staatsangehörigkeit | 9. Leiharbeiter:  ja  nein

10. Auszubildender:  ja  nein | 11. Ist der Versicherte: **Nein** |  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 X des Versicherten O 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 | Unterschrift | Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)