

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende

## 1 Name und Anschrift der Einrichtung

Berufsbildende Schulen II Celle  
Lönsweg 1, 29225 Celle  
Telefon 05141 94609-0  
E-Mail buero@bbs2celle.de

## 2 Träger der Einrichtung

Landkreis Celle

## 4 Empfänger/-in

GUVH Hannover  
Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover  
Postfach 810361  
30503 Hannover

## 3 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger

11 300 004 001

## 5 Name, Vorname der versicherten Person

## 6 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

## 7 Straße, Hausnummer

## Postleitzahl

## Ort

## 8 Geschlecht

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers ☐ Keine Angabe

## 9 Staatsangehörigkeit

## 10 Name, Anschrift und Telefonnummer der gesetzlich Vertretungsberechtigten

## 11 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds)

## 12 Tödlicher Unfall?

☐ Nein ☐ Ja

## 13 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm)

Uhr

## 14 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

## 15 Unfall beim Distanzunterricht

☐ Nein ☐ Ja

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

Die Angaben beruhen auf der Schilderung ☐ der versicherten Person ☐ anderer Personen

## 17 Verletzte Körperteile

## 18 Art der Verletzung

## 19 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?

☐ Nein ☐ Sofort ☐ Später, am (TT.MM) um Uhr (hh)

## 20 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?

☐ Nein ☒ Ja, am (TT.MM.JJJJ)

## 21 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

## War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?

☐ Nein ☐ Ja

## 22 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

## 23 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung (hh:mm)

Beginn Uhr Ende Uhr

## 24 Datum

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen