

## Fragebogen Arbeits-/Wege- und Schulunfälle

Bitte füllen Sie den Fragebogen **komplett** aus!

Nur bei **vollständigen** Angaben ist uns eine Meldung und Weiterleitung möglich!

Name: \_\_\_\_\_

1. Unfalltag: \_\_\_\_\_

2. Name Unfallbetrieb/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

3. Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

4. Beschäftigt als: \_\_\_\_\_

5. Beschäftigt seit: \_\_\_\_\_

6. Unfall-Uhrzeit: \_\_\_\_\_

7. Beginn der Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

8. Ende der Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

9. Erstmalig behandelt am: \_\_\_\_\_

WO: \_\_\_\_\_

10. Unfallort: \_\_\_\_\_

11. Genaue Schilderung Unfallhergang: \_\_\_\_\_

12. Verhalten nach dem Unfall: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_