



1 Absender -Name und Anschrift des Instituts/der Einrichtung

2 Empfänger

Justus Liebig-Universität Gießen
Dezernat C – Personal
Goethestraße 58

35390 Gießen

3 Name, Vorname des Versicherten			4 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr
5 Straße, Hausnummer			Postleitzahl		Ort		
6 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		7 Staatsangehörigkeit			8 Leiharbeiter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
9 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		10 Ist der Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt			10 Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer		
11 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen		12 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)					
13 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		14 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute			15 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)		
16 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)							
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen							
17 Verletzte Körperteile				18 Art der Verletzung			
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)						War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses				21 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten Beginn Stunde Minute Stunde Minute			
22 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als			23 Seit wann bei dieser Tätigkeit?		Monat	Jahr	
24 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?							
25 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort				später, am		Tag	Monat Stunde
26 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am				Tag	Monat	Jahr	
27 Was wurde veranlasst, den Wiederholungsfall zu verhindern? (ggfs. auf Extrablatt ausführen)					Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner): 0641 99-		
28 Datum	Unterschrift/Dienststelle:			sofern in der Einrichtung vorhanden: Sicherheitsbeauftragte/r			