**ARBEITSUNFALL - MELDUNG**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unfallzeitpunkt:** | | | | | | |
| Wochentag: | |  | Datum: |  | Uhrzeit: |  |
| **Verunfallter:** | | | | | MA-Nr.: |  |
| Nachname: | |  | Vorname: |  | Geschlecht: | weiblich  männlich |
| **Arbeitsunfall:**  **Wegunfall:** | | | | | | |
| Ort des Unfalls: | |  | | | | |
| Objekt /  Kostenstelle: | |  | | | | |
| Adresse des  Unfalls: | |  | | | | |
| Genaue  Unfallstelle: | |  | | | | |
| Verletzungs-  Art | |  | | | | |
| Verletzter  Körperteil: | |  | | | | |
| Was ist genau passiert? |  | | | | Notiz / Anmerkung: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Polizei: | JA  NEIN | Inspektorat: |  |
| Rettung: | JA  NEIN | Welche: |  |
| Arbeit ein-  Gestellt |  | Wie lange? |  |
| Krankenhaus: | JA  NEIN | Welches: |  |
| Arzt: | JA  NEIN | Name & Adresse: |  |
| Krankenstand: | JA  NEIN | Datum: |  |
| Zuständiger Objektleiter  des Verunfallten | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………….. | ……………………………………….. |
| *Datum* | *Unterschrift* |