**ARBEITSUNFALL - MELDUNG**

|  |
| --- |
| **Unfallzeitpunkt:** |
| Wochentag: |  | Datum: |  | Uhrzeit: |  |
| **Verunfallter:** | MA-Nr.: |  |
| Nachname: |  | Vorname: |  | Geschlecht: | [ ]  weiblich[ ]  männlich |
| **Arbeitsunfall:** [ ]  **Wegunfall:** [ ]  |
| Ort des Unfalls: |  |
| Objekt / Kostenstelle: |  |
| Adresse desUnfalls: |  |
| GenaueUnfallstelle: |  |
| Verletzungs-Art |  |
| VerletzterKörperteil: |  |
| 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* |