

Erläuterungen zum Ausfüllen der Unfallanzeige

Voraussetzung für eine Unfallanzeige ist ein plötzliches Ereignis, bei dem ein versichertes Mitglied der Universität am Arbeitsplatz oder auf dem direkten Weg zwischen Wohnung und Arbeitsplatz verletzt **und** eine ärztliche Behandlung notwendig wurde. **Geringfügige Verletzungen**, die nicht durch einen Arzt behandelt werden mussten, sind im **Verbandbuch** im Erste-Hilfe-Kasten zu dokumentieren. Sachschäden oder plötzliche Erkrankungen sind nicht über die Unfallkasse versichert und damit nicht anzuzeigen. Mit der Anzeige durch die Universität bei der zuständigen Unfallkasse wird die Kostenübernahme für die notwendige Heilbehandlung eingeleitet. Verantwortlich für das Erstellen und Weiterleiten der Unfallanzeige ist der jeweilige disziplinarische Vorgesetzte der verunfallten Person. Die verletzte Person ist zur Mitwirkung verpflichtet.

Wichtig: Die Anzeige ist **binnen drei Tagen** zu erstatten, nachdem der jeweilige disziplinarische Vorgesetzte von dem Unfall Kenntnis erhalten hat. Die ausgefüllte Unfallanzeige ist unverzüglich an die Abteilung Personalservices zu senden.

Feld	Erläuterung
1-3	Kein Eintrag notwendig! Bitte übernehmen Sie den vorausgefüllten Text.
4-10	Tragen Sie hier bitte Ihre persönlichen Daten ein. Diese sind alle zur Bearbeitung der Anzeige erforderlich!
11	Kein Eintrag für Beschäftigte der Universität.
12	In der Regel beträgt die Entgeltfortzahlung 06 Wochen.
13	Geben Sie bitte mindestens den Namen Ihrer Krankenversicherung und ggfs. auch den Ort an (z.B. AOK Frankfurt).
15	Der Unfallzeitpunkt sollte so genau wie eben möglich angegeben werden.
16	Der Unfallort muss verständlich und möglichst genau angegeben werden. Spätere Korrekturen führen zu aufwändigen Nachfragen! Optimal sind Angaben wie: „FFM Riedberg N 250; Raum 507“ oder „Fußweg zwischen ... und ...“. Wenn der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht, können Sie genauere Angaben in Feld 17 machen.
17	Der Unfallhergang ist hier so genau wie möglich zu schildern. Wichtig sind Angaben über den Arbeitsbereich des Verletzten (z.B. Labor 507), den Unfall auslösenden Gegenstand/Anlass und die Tätigkeit des Verletzten zum Zeitpunkt des Unfallereignisses . Bitte machen Sie nur Angaben, die unstrittig sind und mit dem Unfallhergang unmittelbar zusammenhängen. Es geht hier nicht um Schuldfragen oder Schadensersatz! Wenn der Unfallhergang nicht bekannt oder unklar ist, geben Sie dies bitte an („Es wird vermutet, dass...“). Welche Störung des Arbeitsablaufs geschah? Was geriet außer Kontrolle? Angaben wie: „Auf dem Weg nach Hause“, „auf dem Weg zur Arbeit“, „auf dem Dienstgang zum Campus Bockenheim“ lassen zweifelsfrei einen Wegeunfall erkennen und erleichtern damit die Bearbeitung. Falls bei einem Wegeunfall die Polizei eingeschaltet wurde, ist möglichst auch die aufnehmende Polizeidienststelle anzugeben. Unklare Beschreibungen des Geschehens machen in jedem Falle umfangreiche Untersuchungen und Befragungen erforderlich.
18-19	Ungefährere Beschreibung der Verletzung . Es ist keine genaue Angabe der Diagnose erforderlich! Beispiele: „linkes Auge“, oder „linker Fuß und rechte Kopfseite“; „Schnittverletzung“, „Prellung“, „Verstauchung“, „Verätzung“ usw.
20-21	Bitte machen Sie Angaben soweit Ihnen diese bekannt sind.
22-24	Bitte machen Sie Angaben zur Arbeitszeit am Unfalltag . Die Angaben zur Beschäftigung soll einen Hinweis auf die Tätigkeit geben, also <u>nicht</u> „Arbeiter“, „Angestellter“ sondern „Schlosser“, „Laborant“, „Verwaltungsangestellter.“ Gefragt ist nach dem ungefähren Datum, seit wann die/der Verletzte die unter Punkt 23 angegebene Tätigkeit ausübt.
25	Bitte machen Sie hier genaue Angaben zu Fachbereich, Institut, Abteilung, Werkstätte etc.
26	Arbeit eingestellt heißt hier, dass die Arbeit nicht am gleichen Tag wieder aufgenommen wurde. Wenn zunächst weitergearbeitet wurde und sich die Verletzung erst zu einem späteren Zeitpunkt verschlimmert hat, so geben Sie diesen Zeitpunkt an.
27	Machen Sie hier Angaben soweit bekannt.
28	Erforderlich ist hier die Unterschrift und Rufnummer der Person, die diese Anzeige erstattet. Dies sollte der disziplinarische Vorgesetzte oder dessen Vertreter sein! Bitte geben Sie den Namen zusätzlich in Druckschrift an, damit Rückfragen möglich sind. Der Personalrat wird über die Abtlg. Personalservices eingebunden.

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 Name, Vorname des Versicherten	5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
----------------------------------	----------------	-----	-------	------

6 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
----------------------	--------------	-----

7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	8 Staatsangehörigkeit	9 Leiharbeiter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------	---

10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	11 Ist der Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt	<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer
--	---	---

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen	13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)
--	---

14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	15 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute	16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
---	--	---

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung des Versicherten anderer Personen

18 Verletzte Körperteile	19 Art der Verletzung
--------------------------	-----------------------

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)	War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses	22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute
---	---

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als	24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat Jahr
--	---

25 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?

26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort	später, am Tag Monat Stunde
--	--------------------------------------

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	Tag Monat Jahr
---	----------------------

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

28 Datum	Unternehmer/Bevollmächtigter	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)
----------	------------------------------	---------------------------	--