

Unfallaufnahme



**Unfallversicherung/
Berufsgenossenschaft**

Beruf

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Stadt

**In der Firma / Schule
seit (Datum)**

Telefonnummer

Staatangehörigkeit

Unfallbetrieb

Name

Straße, Nr. (Betrieb)

PLZ, Stadt (Betrieb)

Unfalltag, Unfalluhrzeit

Begin, Ende der Arbeitszeit

**Kurz Angabe über den
Unfallhergang
(Körperteil + Seitenangabe)**

Verhalten nach dem Unfall

**Datum der erstmaligen
Behandlung**

Behandelnder Arzt