UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen
Bertastr. 5
30159 Hannover

Diese Unfallmeldung ist dem FB 1 ausgefüllt unter KSAGUVFUK@samtgemeinde-brome.de zu übersenden. Der FB 1 meldet den Unfall online an die FUK.

4 Name, Vorname des Versicherten

5 Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr

6 Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

7 Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeitnehmer ☐ ja ☐ nein

10 Auszubildender ☐ ja ☐ nein

11 Ist der Versicherte ☐ Unternehmer ☐ Ehegatte des Unternehmers ☐ mit dem Unternehmer verwandt ☐ Gesellschafter/Geschäftsführer

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für ☐ Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall? ☐ ja ☐ 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? ☐ ja ☐ 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? ☐ nein ☐ sofort später, am | Tag | Monat | Stunde

27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? ☐ nein ☐ ja, am | Tag | Monat | Jahr

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

Anlage zur Unfallanzeige

Hinweise zum Ausfüllen von Feld 17 (Unfallhergang)

Die Schilderung soll insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Tätigkeit des Verletzten
- Beteiligte Gegenstände / Stoffe (z.B. Bordstein, Leiter, Tragkraftspritze)
- Relevante Persönliche Schutzausrüstung (PSA)
- Genaue Ortsbeschreibung zur Präzisierung von Feld 16

Hinweis zum Feld 28 (Unterschriften)

Nach § 18 Abs. 3 der Satzung ist die Unfallanzeige auch vom **Sicherheitsbeauftragten** mit zu unterzeichnen. Dies kann in diesem Feld über „Betriebsrat (Personalrat)“ erfolgen. Der Träger des Brandschutzes unterzeichnet bei „Unternehmer/Bevollmächtigter“.

Ergänzende Fragen zur Unfallanzeige:

1. Gehört die/der Verletzte einer Feuerwehr an? ☒ ja ☐ nein

wenn ja: ☒ ehrenamtlich oder ☐ hauptberuflich oder ☐ verbeamtet

Oder handelt es sich um einen Helfer? ☐ ja ☐ nein

2. Bei welcher Feuerwehr ereignete sich der Unfall?

Stadt/(Samt-)Gemeinde: Ortsfeuerwehr:

3. Art der Feuerwehr

☒ Freiwillige Feuerwehr ☐ Pflichtfeuerwehr ☐ FTZ
☐ Hauptamtliche Wachbereitschaft ☐ Berufsfeuerwehr

4. Art des Feuerwehrdienstes zum Unfallzeitpunkt (Unfalltag)?

☒ Brandbekämpfung
☐ Rettungsdienst einschl. Krankentransport
☐ Technische Hilfeleistung
☐ Gefahrgutunfall
☐ Hochwasser
☐ Sturmschaden
☐ Übungs- und Schulungsdienst
☐ Vorbereitung auf Wettbewerbe
☐ Löschübungen mit Feuer
☐ Selbstrettungsübungen
☐ Lehrgang in FTZ / NABK
☐ Arbeits- und Werkstättendienst
☐ Eigenleistung am Bau
☐ Fitness und Sport allgemein
☐ Fitness und Sport Fußball
☐ Fitness und Sport Handball
☐ andere Mannschaftssportarten
☐ Schwimmen / Baden
☐ Katastrophenschutz
☐ Wettbewerbe
☐ Zeltlager, JF-Freizeit
☐ Fw-Bälle, -Feste, Umzüge
☐ Öffentlichkeitsarbeit
☐ Sammlungen (Altpapier, Spenden etc.)
☐ Orientierungsmärsche, -fahrten
☐ Feuerwehrdienstliche Veranstaltung

Feuerwehrdienstliche Veranstaltung:

5. Hat die Stadt / Gemeinde bzw. Feuerwehr eine zusätzliche Unfallversicherung abgeschlossen?
(ist nur anzugeben, wenn die Beiträge aus öffentlichen Mitteln gezahlt werden und es sich nicht um Versicherungen handelt, die dann eintreten, wenn die FUK keine Leistungen übernimmt).

☐ ja ☒ nein

Bei welcher Gesellschaft?

Vereinbarte Versicherungssummen:

a) Tagegeld 0,00 € b) Invalidität 0,00 € c) Tod 0 €

6. Hat der/die Verletzte die Tätigkeit in seinem Zivilberuf eingestellt ☒ ja ☐ nein
Sofern Arbeitsunfähigkeit vorliegt, benötigen wir folgende Angaben des Verletzten:

Telefon: E-Mail:

IBAN:

Bank / Sparkasse:

Krankenversicherung: ☐ pflicht ☐ freiwillig ☐ privat

Beruf:

Name und Anschrift Arbeitgeber: