

**Unfallbericht**

(Vom direkten Vorgesetzten auszufüllen - für Rückfragen Tel.-Nr.

unbedingt ausfüllen)

Name des Verunfallten

Vorname

Geburtsjahr

fremdländische Staatsangehörigkeit : ja      nein

Beschäftigungsstelle

Auszubildender?      ja      nein

Beschäftigt als ?

**DRK**      ja      nein

Unfallstelle / genaue Ortsangabe :

Zeitpunkt des Ereignisses (Datum)

Uhrzeit (h:min):

Die folg. Angaben beruhen auf der Schilderung      des Versicherten      anderer Personen

Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs

(Arbeitsaufgabe, Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen Gefahrstoffen)

Welche Person hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen?

War diese Person Augenzeuge?      ja      nein

Welche techn. Schutzvorrichtung oder Maßnahme war getroffen?

Welche pers. Schutzausrüstung hat der Verletzte benutzt?

Welche Schutzmaßnahmen wurden getroffen, um ähnliche Gefährdungen in Zukunft zu vermeiden?

Verletzte Körperteile? (genau!)

Art der Verletzung ?

Name u. Anschrift d. behandelnden Arztes/ D-Arzt/ Krankenhaus

Arbeitszeit? von:      Uhr      bis      Uhr

Hat Er/ Sie die Arbeit eingestellt : sofort      / nein      / später am:

Ist der Unfall durch die Tätigkeit eines **Dritten** verschuldet worden ?

ja      nein      wenn ja durch wenn ?

Name des Vorgesetzten (Blockschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vorgesetzter)

Verteiler:      1. Stabstelle KD- Sicherheitswesen/ Umweltschutz  
                 2. Kliniksdirektor, Institutsdirektor, Dezernent