

Name und Anschrift der Einrichtung
Städtisches Gymnasium Löhne
Albert-Schweitzer-Str. 16
32584 Löhne

Gemeindeunfallversicherungsverband
Westfalen-Lippe
Salzmannstr. 156
48159 Münster

UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler, Studierende

Träger der Einrichtung

Stadt Löhne
Schulverwaltungsamt
Alte Bündler Str. 6
32584 Löhne

Unternehmensnummer des Unfallvers.trägers

Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Geschlecht	Staatsangehörigkeit	Name und Anschrift der / des gesetzlichen Vertreter(s)	
Tödlicher Unfall?	Unfallzeitpunkt	Unfallstelle (bei Wegeunfällen genaue Ortsangabe)	
Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)			
Die Angaben beruhen auf der Schilderung			
Verletzte Körperteile		Art der Verletzungen	
Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen ?			
Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?			
Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen?		War diese Person Augenzeuge?	
Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes / Krankenhauses		Besuch der Einrichtung von / bis	
_____ Schulleitung		05732 90 45 10 Frau Nienaber Telefon für Rückfragen / Ansprechpartner	