

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| Name und Anschrift des Unternehmens WEKA Media GmbH & Co. KG Römerstr. 4 86438 Kissing | | Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers 122-225-285 | |
| Empfänger Unfallversicherungsträger A Straße 123 80333 München | | | |
| Name, Vorname der versicherten Person Herr Mustermann, Max | | Geburtsdatum 02.11.1975 | |
| Straße, Hausnummer Hauptstraße 12 | | Postleitzahl 80333 | Ort München |
| Geschlecht männlich | Staatsangehörigkeit deutsch | Leiharbeiter/-in nein | |
| Auszubildende/-r nein | Die versicherte Person ist Angestellte/r | | |
| Anspruch auf Entgeltfortzahlung 6 Woche(n) | | Krankenkasse (Name, PLZ, Ort) Krankenkasse A, 80333, München | |
| Tödlicher Unfall? nein | Unfallzeitpunkt 22.05.2020 08:15 | Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) Straße Unfall, 99999 Münchhausen | |
| Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffe) Herr Max Mustermann ist auf der Treppe gestolpert und ist infolge dessen gestürzt. Dabei hat er sich am rechten Arm und an den Finger Verletzungen zugefügt. Diese mussten dann auch ambulant versorgt werden. Die Angaben beruhen auf der Schilderung: der versicherten Person | | | |
| Verletzte Körperteile Finger Arm | | Art der Verletzung Quetschung Fraktur | |
| Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) Eva Mustermann Bachgasse 2 80333 München | | War diese Person Augenzeuge/in des Unfalls? Ja | |
| Erstbehandlung Dr. Müller Seestraße 2 80164 München | | Beginn und Ender der Arbeitszeit der versicherten Person Beginn: 07:00 Ende: 15:30 | |
| Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als Lagerist | | Seit wann bei dieser Tätigkeit? | 01.10.2018 |
| In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig? | | Lager | |
| Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt? | | Sofort | |
| Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen? | | Später, am 25.05.2020 08:00 | |
| | | | |
| Datum | Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r) | Betriebsrat (Personalrat) | Telefon-Nr. für Rückfragen |