

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende

## 1 Name und Anschrift der Einrichtung

Integrierte Gesamtschule Peine  
Pelikanstraße 16  
31228 Peine  
info@igs-peine.de

## 2 Träger der Einrichtung

Landkreis Peine

## 3 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger

## 4 Empfänger/-in

**Braunschweigischer GUV**  
Berliner Platz 1 C  
38102 Braunschweig

## 5 Name, Vorname der versicherten Person

## 6 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

## 7 Straße, Hausnummer

## Postleitzahl

## Ort

## 8 Geschlecht

Männlich     Weiblich     Divers     Keine Angabe

## 9 Staatsangehörigkeit

## 10 Name, Anschrift und Telefonnummer der gesetzlich Vertretungsberechtigten

## 11 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds)

## 12 Tödlicher Unfall?

Nein     Ja

## 13 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm)

Uhr

## Telefonnummer der vers. Person / gesetzlichen Vertreters

## 14 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

## 15 Unfall beim Distanzunterricht

Nein     Ja

## 16 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung     der versicherten Person     anderer Personen

Hat ein Gewaltereignis vorgelegen (körperlicher Übergriff, sexueller Übergriff)?     Nein     Ja

## 17 Verletzte Körperteile

## 18 Art der Verletzung

## 19 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?

Nein     Sofort     Später, am

(TT.MM) um

Uhr (hh)

## 20 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?

Nein     Ja, am

(TT.MM.JJJJ)

## 21 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

## War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?

Nein     Ja

## 22 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

## 23 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung (hh:mm)

Beginn                      Uhr    Ende                      Uhr

## 24 Datum

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen