

1 Name und Anschrift der Einrichtung
 **STADT FRANKFURT AM MAIN**
 DER MAGISTRAT
 Stadtgymnasium Frankfurt
 Elisabeth-Norgall-Straße 1, 60487 Frankfurt am Main
 Tel.: 069/212-49470
 E-Mail: poststelle.stadtgymnasium-frankfurt@stadt-frankfurt.de

UNFALLANZEIGE

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

2 Träger der Einrichtung

3 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger

4 Empfänger/-in

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 Tödlicher Unfall? ☐ Nein ☐ Ja	12 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ/hh:mm) Uhr		Telefonnummer der vers. Person / gesetzlichen Vertreters
13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)			Unfall beim Distanzunterricht ☐ Nein ☐ Ja
14 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			
15 Verletzte Körperteile		16 Art der Verletzung	
17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen? ☐ Nein ☐ Sofort ☐ Später, am (TT.MM) um Uhr (hh)			
18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? ☐ Nein ☐ Ja, am (TT.MM.JJJJ)			
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)		War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? ☐ Nein ☐ Ja	
20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses		21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung (hh:mm) Beginn Uhr Ende Uhr	
22 Datum Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung Telefon-Nr. für Rückfragen			