

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)

**Max-Planck-Gymnasium Karlsruhe**  
Krokusweg 49  
76199 Karlsruhe

## UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tageseinrichtungen,  
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers  
32 / 300 180 / 001

4 Empfänger

Max-Planck-Gymnasium Karlsruhe  
Krokusweg 49  
76199 Karlsruhe

5 Name, Vorname des Versicherten an der Schule		6 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr
7 Straße, Hausnummer						
8 Geschlecht		9 Staatsangehörigkeit		10 Name, Anschrift, Tel.Nr. + Mail der gesetzlichen Vertreter		
11 Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		12 Unfallzeitpunkt Tag : Monat : Jahr : Stunde : Minute			13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)	

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

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  des Versicherten  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile		16 Art der Verletzung					
17 Hat der Versicherte den Besuch der Schule unterbrochen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> sofort	später am	Tag	Monat	Stunde
18 Hat der Versicherte den Besuch der Schule wieder aufgenommen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	Tag	Monat	Jahr	
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)				War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
20 Erstbehandelnder Arzt/Krankenhaus (Name und Anschrift)			21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung/Praxis Beginn : Stunde : Minute : Ende : Stunde : Minute				

22 Datum

Schulleitung OStd. Uwe Müller /  
stellvertr. Schulleit. StD'in Melanie Stein

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)