Interner Erfassungsbogen Schulunfall

Bitte vollständig ausfüllen und innerhalb von 3 Tagen an Frau Theis, A119, zurückleiten.

A. Angaben zur versicherten Person

Name, Vorname der versicherten Person

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Klasse

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ keine Angabe

Staatsangehörigkeit

Name und Telefonnummer der/des gesetzlichen Vertretungsberechtigten (sowie Anschrift falls abweichend von den obigen Angaben)

Krankenkasse (Name, PLZ, Ort; bei Familienversicherung Name des Mitglieds)

B. Angaben zum Unfall

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

Datum: Uhrzeit:

Beginn des Schulbesuchs an diesem Tag (hh:mm)

Beginn: Uhr

Ende des Schulbesuchs an diesem Tag (hh:mm)

Ende: Uhr

Unfallort – genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ

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

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

Verletzte Körperteile

Art der Verletzung

Aufsicht / unterrichtende Lehrkraft:

C. Folgen des Unfalls / Erstversorgung

Hat die versicherte Person den Besuch der Schule unterbrochen?
☐ Nein ☐ Sofort ☐ Später, am (TT.MM) um Uhr

Hat die versicherte Person den Besuch der Schule wieder aufgenommen?
☐ Nein ☐ Ja, am (TT.MM.JJJJ)

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

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? ☐ Nein ☐ Ja

Erstbehandlung – Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

Unterschrift der/des Verletzten
SIGN
_____

Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten
SIGN
_____