

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

TU Braunschweig
Institut für...

2 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger

kann offen bleiben

3 Empfänger/-in

Landesunfallkasse Niedersachsen

Am Mittelfelde 169
30159 Hannover

4 Name, Vorname der versicherten Person

Max Mustermann

5 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

01.11.1984

6 Straße, Hausnummer

Musterweg 111

Postleitzahl

38106

Ort

Braunschweig

7 Geschlecht

Männlich Weiblich Divers Keine Angabe

8 Staatsangehörigkeit

deutsch

9 Leiharbeiter/-in

Nein Ja

10 Auszubildende/-r

Nein Ja

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in mit dem/der Unternehmer/-in
 Gesellschafter/-in verheiratet / in eingetragener
Geschäftsführer/-in Lebenspartnerschaft lebend
 verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung

besteht für Wochen

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

Techniker Krankenkasse

14 Tödlicher Unfall?

Nein Ja

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

06.03.2024

14.30 Uhr Uhr

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

2. OG Treppenraum im Haus der Wissenschaft, Pockelsstraße 11, 38106 Braunschweig

17 Unfall im Homeoffice

Nein Ja

18 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Beim Runtergehen der Treppe habe ich eine Stufe übersehen, bin gestrauchelt und auf eine Stufe gefallen.

Die Angaben beruhen auf der Schilderung

der versicherten Person

anderer Personen

19 Verletzte Körperteile

linkes Knie

20 Art der Verletzung

Prellung

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

keiner

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?

Nein Ja

22 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

Chirurgikum Braunschweig, Hintern Brüdern 25, 38100 Braunschweig

23 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person (hh:mm)

Beginn Uhr Ende Uhr

24 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

wissenschaftlicher Mitarbeiter

25 Seit wann bei dieser Tätigkeit? (TT.MM.JJJJ)

01.08.2023

26 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

Institut für

27 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

Nein Sofort Später, am (TT.MM) um Uhr (hh)

28 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

Nein Ja, am (TT.MM.JJJJ)

08.03.2024

Unterschrift Vorgesetzte/Vorgesetzter
ggf. Immatrikulationsamt

0531/391-XXXX

29 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen