

Name und Anschrift der Einrichtung

SchILD-Übungsschule

Teststr. 4
43215 Schilda

SchILD-Übungsschule
Teststr. 4 43215 Schilda

**anklicken mit rechter Maustaste -> Bearbeiten ->
Name und Adresse des Empfängers dauerhaft eingeben**

UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler, Studierende

Träger der Einrichtung

**anklicken mit rechter Maustaste ->
Bearbeiten ->**

Name und Adresse des Trägers dauerhaft eingeben

Unternehmensnummer des Unfallvers.trägers

**anklicken mit rechter Maustaste ->
Bearbeiten ->
Nummer dauerhaft eingeben**

Name, Vorname des Versicherten **Ankel, Sarah**

Geburtsdatum **29.05.1995**

Straße, Hausnummer **Hochstr. 22**

PLZ **45888**

Ort **Gelsenkirchen**

Geschlecht
weiblich

Staatsangehörigkeit
Spanien

Name und Anschrift der / des gesetzlichen Vertreter(s)
**Margarita Ankel und Jaime Ankel
Hochstr. 22 45888 Gelsenkirchen**

Tödlicher Unfall?

Unfallzeitpunkt

Unfallstelle (bei Wegeunfällen genaue Ortsangabe)

Nein

11.11.2009 11:11 h

Schulhof unserer Schule; Eingangsbereich

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

Der Schüler stolperte über seine eigenen Füße und fiel der Länge nach hin. - Keine Fremdbeteiligung!

Die Angaben beruhen auf der Schilderung **des Versicherten**

Verletzte Körperteile **linker Ellenbogen**

Art der Verletzungen **Schürfwunde**

Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen ?

sofort

Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?

JA 12:39h

Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen?

War diese Person Augenzeuge?

Willi Weber Klasse 3b

JA

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes / Krankenhauses

Dr. Wunderheiler, Wiesenweg 3 51234 X-Dorf

Besuch der Einrichtung von / bis

08:00

16:00

12.02.2010

Mustermann, Schulleiter

Erna Huber, Schulsekretärin 01234-54321
Telefon für Rückfragen / Ansprechpartner