

UNFALLMELDUNG

Ausgefüllt und unterzeichnet bitte **innerhalb von 2 Werktagen** per Post, Fax (0341-22225525) oder Email (info@doc-job.de) **zurücksenden!**

DocJob Personaldienstleistung GmbH
Holzhäuser Str. 104
04299 Leipzig

Name, Vorname		Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Staatsangehörigkeit		Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)	
Arbeitsunfähigkeit liegt vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Bis wann			
Wegeunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute			Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)					
Verletzte Körperteile			Art der Verletzung		
Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)				War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses			Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute		
Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als			Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat Jahr		
Haben Sie die Arbeit eingestellt?			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am Tag Monat Stunde		
Haben Sie die Arbeit wieder aufgenommen?			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am Tag Monat Jahr		
Datum		Unterschrift			

Ihre Angaben dienen als Grundlage für die Eintragung ins Verbandsbuch bzw. für die Unfallmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft.