



Unfall im Feuerwehrdienst – Bericht für Unfälle mit Verletzungen, die ärztliche Versorgung notwendig machen.

Name: _____ Einheit: _____

Unfall am _____

WICHTIG

➤ Dieser ausgefüllte Unfallbericht (2-seitig) soll innerhalb von **3 Tagen** nach dem Unfall (bzw. Besuch eines Arztes/Krankenhauses) an die Stadtverwaltung gegeben werden!

➤ Hast du deine Einheitsführer(in) informiert? Ja Datum: ____ / ____ / ____
Nein

➤ Arbeitsunfähigkeit – krank geschrieben? Ja Ab wann: ____ / ____ / ____

Intern: Zusatzversicherung? Rechtsabteilung!

➤ Welche Maßnahmen wurden getroffen, um ähnliche Unfälle in Zukunft zu verhüten?

WICHTIG

Falls es wegen dieses Unfalls in der Zukunft zu einer Änderung deines persönlichen Zustandes nach dieser Meldung kommt, z.B. stationäre/ambulante Behandlung, Arbeitsunfähigkeit/ krank geschrieben, sofort **WIEDER** bei uns **MELDEN!**

Kontakt Info:

Frau Degen, Zentrale Steuerung, Brand- u. Katastrophenschutz Tel: 06321 855 426
E-Mail: katja.degen@neustadt.eu

Sicherheitsbeauftragter Mathäß Tel: 0173 9936915 E-Mail: sicherheit@fwnw.de

Stadt Neustadt an der Weinstraße
Markplatz 1

67433 Neustadt an der Weinstraße

Anschrift

Unfallkasse Rheinland-Pfalz

56624 Andernach

UNFALLANZEIGE

Mitgliedsnummer _____

Gewerbeaufsichtsamt/Bergamt

Neustadt an der Weinstraße

Betriebsnummer des Arbeitsamtes _____

Eingangsstempel _____

Name, Vorname der versicherten Person		Geburtsdatum: / /	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Familienstand: ledige verheiratet	Geschlecht : männlich weiblich		Staatsangehörigkeit
In welchem Teil des Unternehmens ist der Verletzte ständig eingesetzt? Freiwillige Feuerwehr	All was ist der Beschäftigte regelmäßig eingesetzt? Ehrenamtliche Feuerwehrmann(frau)	Seit wann in dieser Tätigkeit?	
Unfallzeitpunkt Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Uhrzeit _____		Unfallstelle (auch bei Wegeunfällen)	
Ist der Verletzte minderjährig, entmündigt oder steht er unter Pflegschaft? Ggf. Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters			
Krankenkasse des Verletzten (Name, PLZ Ort)	Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht bis Tag _____ Monat _____	Hat der Verletzte die Arbeit wieder aufgenommen Tag _____ Monat _____	
Welcher Arzt hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst versorgt (Name, Anschrift)		Verletzte Körperteile	Art der Verletzung
An welcher Maschine ereignete sich der Unfall (Hersteller, Typ, Baujahr)	Welche technische Schutzmaßnahme war getroffen?	Welche persönliche Schutzausrüstung (PSA) hat der Verletzte benutzt?	
Falls sich der Verletzte im Krankenhaus befand, Anschrift des Krankenhauses		Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)	
		War diese Person Augenzeuge(in) des Unfalls? Ja Nein	
Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs, Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen. Bei Verkehrsunfällen die aufnehmende Polizeidienststelle. (Skizze und/oder weitere Informationen auf ein separates Blatt).			

Datum

Unterschrift: _____

Telefon-Nr. für Rückfragen