

Gustav-Hertz-Gymnasium  
Dachsstraße 5  
04329 Leipzig

# Unfallanzeige

für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler,  
Studierende

Unfallkasse Sachsen  
Postfach 42  
01651 Meißen

|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                                 |                     | Geburtsdatum                                                             |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     | Tag                                                                      | Monat                                 | Jahr                                                      |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Straße, Hausnummer                                                                                                                             |                     | Postleitzahl                                                             |                                       | Ort                                                       |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Geschlecht                                                                                                                                     | Staatsangehörigkeit |                                                                          | Name der gesetzlichen Vertreter       |                                                           |        |        |        |
| <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich                                                                            |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Tödlicher Unfall                                                                                                                               | Unfallzeitpunkt     |                                                                          | Unfallort (genaue Orts-/ Raumangaben) |                                                           |        |        |        |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                      | Tag                 | Monat                                                                    | Jahr                                  | Stunde                                                    | Minute |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrenstoffen) |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Veranstaltungsart _____                                                                                                                        |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Massenunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                         |                     | Chemieunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |                                       |                                                           |        |        |        |
| Sportunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                          |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| wenn ja, welche Sportart _____                                                                                                                 |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen                    |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Verletzte Körperteile                                                                                                                          |                     | Art der Verletzung                                                       |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Hat der Versicherte den Besuch der schul. Einrichtung unterbrochen?                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort später, am |                                       | Tag                                                       | Monat  | Stunde | Minute |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Hat der Versicherte den Besuch der schul. Einrichtung wieder aufgenommen?                                                                      |                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am            |                                       | Tag                                                       | Monat  | Stunde | Minute |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen?                                                                                               |                     |                                                                          |                                       | War diese Person Augenzeuge?                              |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |        |        |        |
| Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhaus                                                                                     |                     | Beginn und Ende des Besuchs der <u>schulischen</u> Einrichtung           |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     | Stunde                                                                   | Minute                                |                                                           | Stunde | Minute |        |
|                                                                                                                                                |                     | Beginn                                                                   |                                       | Ende                                                      |        |        |        |
| Datum                                                                                                                                          | Unterschrift        |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |

Gustav-Hertz-Gymnasium  
Dachsstraße 5  
04329 Leipzig

# Unfallanzeige

für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler,  
Studierende

Unfallkasse Sachsen  
Postfach 42  
01651 Meißen

|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                                 |                     | Geburtsdatum                                                             |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     | Tag                                                                      | Monat                                 | Jahr                                                      |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Straße, Hausnummer                                                                                                                             |                     | Postleitzahl                                                             |                                       | Ort                                                       |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Geschlecht                                                                                                                                     | Staatsangehörigkeit |                                                                          | Name der gesetzlichen Vertreter       |                                                           |        |        |        |
| <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich                                                                            |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Tödlicher Unfall                                                                                                                               | Unfallzeitpunkt     |                                                                          | Unfallort (genaue Orts-/ Raumangaben) |                                                           |        |        |        |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                      | Tag                 | Monat                                                                    | Jahr                                  | Stunde                                                    | Minute |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrenstoffen) |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Veranstaltungsart _____                                                                                                                        |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Massenunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                         |                     | Chemieunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |                                       |                                                           |        |        |        |
| Sportunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                          |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| wenn ja, welche Sportart _____                                                                                                                 |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen                    |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Verletzte Körperteile                                                                                                                          |                     | Art der Verletzung                                                       |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Hat der Versicherte den Besuch der schul. Einrichtung unterbrochen?                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort später, am |                                       | Tag                                                       | Monat  | Stunde | Minute |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Hat der Versicherte den Besuch der schul. Einrichtung wieder aufgenommen?                                                                      |                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am            |                                       | Tag                                                       | Monat  | Stunde | Minute |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen?                                                                                               |                     |                                                                          |                                       | War diese Person Augenzeuge?                              |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |        |        |        |
| Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhaus                                                                                     |                     | Beginn und Ende des Besuchs der <u>schulischen</u> Einrichtung           |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     | Stunde                                                                   | Minute                                |                                                           | Stunde | Minute |        |
|                                                                                                                                                |                     | Beginn                                                                   |                                       |                                                           | Ende   |        |        |
| Datum                                                                                                                                          | Unterschrift        |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |

Gustav-Hertz-Gymnasium  
Dachsstraße 5  
04329 Leipzig

# Unfallanzeige

für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler,  
Studierende

Unfallkasse Sachsen  
Postfach 42  
01651 Meißen

|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                                 |                     | Geburtsdatum                                                             |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     | Tag                                                                      | Monat                                 | Jahr                                                      |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Straße, Hausnummer                                                                                                                             |                     | Postleitzahl                                                             |                                       | Ort                                                       |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Geschlecht                                                                                                                                     | Staatsangehörigkeit |                                                                          | Name der gesetzlichen Vertreter       |                                                           |        |        |        |
| <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich                                                                            |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Tödlicher Unfall                                                                                                                               | Unfallzeitpunkt     |                                                                          | Unfallort (genaue Orts-/ Raumangaben) |                                                           |        |        |        |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                      | Tag                 | Monat                                                                    | Jahr                                  | Stunde                                                    | Minute |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrenstoffen) |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Veranstaltungsart _____                                                                                                                        |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Massenunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                         |                     | Chemieunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |                                       |                                                           |        |        |        |
| Sportunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                          |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| wenn ja, welche Sportart _____                                                                                                                 |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen                    |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Verletzte Körperteile                                                                                                                          |                     | Art der Verletzung                                                       |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Hat der Versicherte den Besuch der schul. Einrichtung unterbrochen?                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort später, am |                                       | Tag                                                       | Monat  | Stunde | Minute |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Hat der Versicherte den Besuch der schul. Einrichtung wieder aufgenommen?                                                                      |                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am            |                                       | Tag                                                       | Monat  | Stunde | Minute |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen?                                                                                               |                     |                                                                          |                                       | War diese Person Augenzeuge?                              |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |        |        |        |
| Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhaus                                                                                     |                     | Beginn und Ende des Besuchs der <u>schulischen</u> Einrichtung           |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     | Stunde                                                                   | Minute                                |                                                           | Stunde | Minute |        |
|                                                                                                                                                |                     | Beginn                                                                   |                                       |                                                           | Ende   |        |        |
| Datum                                                                                                                                          | Unterschrift        |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |

Gustav-Hertz-Gymnasium  
Dachsstraße 5  
04329 Leipzig

# Unfallanzeige

für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler,  
Studierende

Unfallkasse Sachsen  
Postfach 42  
01651 Meißen

|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                                 |                     | Geburtsdatum                                                             |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     | Tag                                                                      | Monat                                 | Jahr                                                      |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Straße, Hausnummer                                                                                                                             |                     | Postleitzahl                                                             |                                       | Ort                                                       |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Geschlecht                                                                                                                                     | Staatsangehörigkeit |                                                                          | Name der gesetzlichen Vertreter       |                                                           |        |        |        |
| <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich                                                                            |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Tödlicher Unfall                                                                                                                               | Unfallzeitpunkt     |                                                                          | Unfallort (genaue Orts-/ Raumangaben) |                                                           |        |        |        |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                      | Tag                 | Monat                                                                    | Jahr                                  | Stunde                                                    | Minute |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrenstoffen) |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Veranstaltungsart _____                                                                                                                        |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Massenunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                         |                     | Chemieunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |                                       |                                                           |        |        |        |
| Sportunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                          |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| wenn ja, welche Sportart _____                                                                                                                 |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen                    |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Verletzte Körperteile                                                                                                                          |                     | Art der Verletzung                                                       |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Hat der Versicherte den Besuch der schul. Einrichtung unterbrochen?                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort später, am |                                       | Tag                                                       | Monat  | Stunde | Minute |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Hat der Versicherte den Besuch der schul. Einrichtung wieder aufgenommen?                                                                      |                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am            |                                       | Tag                                                       | Monat  | Stunde | Minute |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen?                                                                                               |                     |                                                                          |                                       | War diese Person Augenzeuge?                              |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |        |        |        |
| Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhaus                                                                                     |                     | Beginn und Ende des Besuchs der <u>schulischen</u> Einrichtung           |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     | Stunde                                                                   | Minute                                |                                                           | Stunde | Minute |        |
|                                                                                                                                                |                     | Beginn                                                                   |                                       |                                                           | Ende   |        |        |
| Datum                                                                                                                                          | Unterschrift        |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |

Gustav-Hertz-Gymnasium  
Dachsstraße 5  
04329 Leipzig

# Unfallanzeige

für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler,  
Studierende

Unfallkasse Sachsen  
Postfach 42  
01651 Meißen

|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                                 |                     | Geburtsdatum                                                             |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     | Tag                                                                      | Monat                                 | Jahr                                                      |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Straße, Hausnummer                                                                                                                             |                     | Postleitzahl                                                             |                                       | Ort                                                       |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Geschlecht                                                                                                                                     | Staatsangehörigkeit |                                                                          | Name der gesetzlichen Vertreter       |                                                           |        |        |        |
| <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich                                                                            |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Tödlicher Unfall                                                                                                                               | Unfallzeitpunkt     |                                                                          | Unfallort (genaue Orts-/ Raumangaben) |                                                           |        |        |        |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                      | Tag                 | Monat                                                                    | Jahr                                  | Stunde                                                    | Minute |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrenstoffen) |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Veranstaltungsart _____                                                                                                                        |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Massenunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                         |                     | Chemieunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |                                       |                                                           |        |        |        |
| Sportunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                          |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| wenn ja, welche Sportart _____                                                                                                                 |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen                    |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Verletzte Körperteile                                                                                                                          |                     | Art der Verletzung                                                       |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Hat der Versicherte den Besuch der schul. Einrichtung unterbrochen?                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort später, am |                                       | Tag                                                       | Monat  | Stunde | Minute |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Hat der Versicherte den Besuch der schul. Einrichtung wieder aufgenommen?                                                                      |                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am            |                                       | Tag                                                       | Monat  | Stunde | Minute |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
| Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen?                                                                                               |                     |                                                                          |                                       | War diese Person Augenzeuge?                              |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |        |        |        |
| Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhaus                                                                                     |                     | Beginn und Ende des Besuchs der <u>schulischen</u> Einrichtung           |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     | Stunde                                                                   | Minute                                |                                                           | Stunde | Minute |        |
|                                                                                                                                                |                     | Beginn                                                                   |                                       |                                                           | Ende   |        |        |
| Datum                                                                                                                                          | Unterschrift        |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |
|                                                                                                                                                |                     |                                                                          |                                       |                                                           |        |        |        |