



Freiwillige Feuerwehr Stadt Schmallingenberg



Dienstanweisung

Nr. 001/2014

Anmeldung von Unfällen mit Personenschaden im Feuerwehrdienst

Unfälle mit Personenschaden im Feuerwehrdienst sind der zuständigen Unfallkasse alleine durch den zuständigen Sachbearbeiter der Verwaltung der Stadt Schmallingenberg zu melden.

Die benötigten Informationen zum Unfall werden dem Sachbearbeiter durch den betroffenen Einheitsführer ausschließlich auf schriftlichem Wege zugestellt.

Hierfür ist der Vordruck:

„Anmeldung eines Unfalls/Personenschaden im Dienst der Freiwilligen Feuerwehr der Stadt Schmallingenberg“

zu verwenden.

Der Sachbearbeiter informiert den Leiter der Feuerwehr und den Sicherheitsbeauftragten über die Anmeldung eines Unfalles.

Schmallingenberg, 28.03.2014


(Leiter der Feuerwehr)

Anmeldung eines Unfalls / Personenschaden im Dienst der Freiwilligen Feuerwehr der Stadt Schmallenberg

Name, Vorname des Geschädigten / Versicherten _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit _____ Leiharbeiternehmer ja nein

Auszubildender ja nein Ist der Versicherte Unternehmer Ehegatte des Unternehmers mit dem Unternehmer verwandt Gesellschafter / Geschäftsführer

Anspruch auf Entgeltfortzahlung Besteht für Wochen Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort) _____

Tödlicher Unfall ja nein Unfallzeitpunkt Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Stunde _____ Minute _____ Unfallort (genaue Ortsangabe mit PLZ) _____

Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung, evtl. beteiligte Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffe) _____

Die Angaben beruhen auf Schilderung des Versicherten einer oder mehrerer Personen

Verletzte Körperteile _____ Art der Verletzung _____

Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugens) _____ War die Person Augenzeuge? _____

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes / Krankenhauses _____ Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten
Stunde Minute Stunde Minute
Beginn: _____ - _____ Ende: _____ - _____

Beruf – ausgeübte Tätigkeit des Versicherten zum Unfallzeitpunkt _____ Seit wann bei dieser Tätigkeit?
Monat _____ Jahr _____

In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte tätig? _____ Hat der versicherte die Arbeit eingestellt?
Ja nein später am Tag Monat Stunde

Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen: nein ja am Tag _____ Monat _____ Stunde _____

Bericht verfasst: _____ Löschzug-, gruppe: _____ Datum: _____

Die Richtigkeit der Angaben wird hiermit bescheinigt: Unterschrift: _____