

3 Empfänger

Unfallkasse des Bundes

- Abteilung Prävention -
Postfach 180

26380 Wilhelmshaven

4

5 Geburtsjahr

6

7 Geschlecht

männlich weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9

10 Ist der Beamte: Beamter auf Widerruf, Anwärter, Referendar?

ja nein

11

12

13

14 Tödlicher Unfall?

ja nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs

(Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

18 Betroffene Körperteile

19 Art der Verletzungen

20

21

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig

Büro/Verwaltung technischer Bereich
 Forschung/Labor Einsatzfähigkeit (z.B. BGS, Zoll, BKA)

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit

Beginn | Stunde | Minute | Ende | Stunde | Minute

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? | Monat | Jahr

25

26 Hat der Beamte die Arbeit eingestellt? nein

sofort

später,
am

Tag

Monat

Stunde

27 Hat der Beamte die Arbeit wieder aufgenommen?

nein

ja, am

Tag

Monat

Jahr

28 Datum

Unterschrift des Behördenleiters o. V. i.A.
(Name in Druckbuchstaben)

Ansprechpartner/Name
(Telefon-Nr.)