

Name und Anschrift der Hochschule

HTW Berlin  
Treskowallee 8  
10318 Berlin

senden an: Sicherheitsingenieur\_innen der HTW Berlin  
(Weiterleitung an Unfallkasse erfolgt durch Sicherheitsingenieur\_innen)

## Unfallanzeige für Beschäftigte

HTW Berlin · Arbeitssicherheit · 10313 Berlin (Postanschrift)

Unfallkasse Berlin  
Culemeyerstr. 2  
12277 Berlin – Marienfelde

Träger der Einrichtung: Land Berlin

Unternehmensnummer bei der UKB: 173439001

HTW-interne Bearbeitungsnummer: M -

Kontaktdaten des/der Sicherheitsingenieurs/in:

Frank Berger / Melanie Ewald

Tel: +49 30 5019-2364 / -4272

E-Mail: Arbeitssicherheit@HTW-Berlin.de

Name, Vorname der/des Versicherten/Verunfallten		Geburtsdatum	Telefon-Nr. dienstlich +49 30 5019-	Telefon-Nr. mobil
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort	
Geschlecht weiblich männlich	Staatsangehörigkeit	Krankenkasse der/des Versicherten (Name, PLZ, Ort)		
Fachbereich/Organisationseinheit/Projekt			Wo ist die/der Versicherte überwiegend tätig? Standort WH TA Gebäude	
zum Zeitpunkt des Unfalls beschäftigt als (z. B. Laboringenieur/in, Verwaltungsmitarbeiter/in, LkBA, Professor/in im Angestelltenverhältnis)				
tödlicher Unfall? ja nein	Unfalldatum	Uhrzeit	Unfallort (Standort, Gebäude, Raum oder Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen od. Gefahrstoffen; Wegeunfall)				
Die Angaben beruhen auf der Schilderung der/des Versicherten/Verunfallten anderer Personen				
Art der Verletzung/en und verletzte/s Körperteil/e				
Hat die/der Versicherte die Arbeit eingestellt? nein sofort später, am			Datum	Uhrzeit
Hat die/der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? nein ja, am		Datum	reguläre Arbeitszeit am Unfalltag Beginn Ende	
Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift der/des Zeugin/Zeugen)			War diese Person Augenzeuge/in? ja nein	
Hat die/der Versicherte eine/n Ärztin/Arzt aufgesucht? ja nein				
Name und Anschrift der/des erstbehandelnden Ärztin/Arztes/Krankenhauses				
Datum/Unterschrift der/des Schildernden		Datum/Unterschrift Sicherheitsingenieur/in		Datum/Unterschrift Personalrat