

Absender:
(Stempel der Einrichtung)

Empfänger:
Universität Greifswald
Stabsstelle Arbeitssicherheit
Wollweberstraße 1
17489 Greifswald

Innerbetriebliche Unfallanzeige

(für Unfälle ohne nachfolgende Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bis zu drei Tagen)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Tätigkeit: _____

Arbeitsstelle: _____

Angestellte*/Arbeiter*in Beamte*r

Arbeitsunfall Wegeunfall

Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit): _____

Unfallort: _____

Art der Verletzung: _____

Arbeitsunfähigkeit: nein ja von: _____ bis: _____

Behandelner Arzt: _____

Zeuge des Unfalls: _____

Ist der Unfall auf ein Verschulden Dritter zurückzuführen? nein ja

Wenn ja, Name und Anschrift: _____

Unfallschilderung (falls erforderlich Rückseite benutzen):

Datum Leiter*in der Einrichtung/ Vorgesetzte*r am Arbeitsplatz Sicherheitsbeauftragte*r