

Unfallfragebogen (Zutreffendes bitte ankreuzen und an uns zurückfaxen)

1. Vorname und Name des Arbeitnehmers:

2. Unfalltag, -zeit und -ort:

3. Ist die Krankheit Folge eines

- | | | | | |
|----------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| a) Betriebsunfalls | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| b) Verkehrsunfalls | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| c) Sportunfalls | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| d) Schulunfalls | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| e) sonstigen Unfalls | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| f) früheren Unfalls | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| g) einer Schlägerei | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

4. Kurze Unfallschilderung:

Datum