



ASSOCIATION
D'ASSURANCE ACCIDENT

Association d'assurance accident - adresse postale : L-2976 Luxembourg
**ANZEIGE FÜR EINEN UNFALL WELCHER IM RAHMEN DER SCHULAUSSCHULBILDUNG
ODER EINER NEBENSCHULISCHEN TÄTIGKEIT STATTEGEFUNDEN HAT**

vers. 1.0 (code F 1.2)

EINRICHTUNG	1.01 Name der Schuleinrichtung oder des Veranstalters der nebenschulischen Tätigkeit oder der staatlich zugelassenen Betreuungseinrichtung <input type="text"/>		Der Verwaltung vorbehalten
	1.02 Anschrift <input type="text"/>		
	1.03 Nummer der Schuleinrichtung oder des Veranstalters der nebenschulischen Tätigkeit bei der Sozialversicherung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
VERLETZTER	2.01 Name, Vorname des Schülers oder des Studenten <input type="text"/>		2.04 Name, Vorname des Vaters, der Mutter oder der Person, die die elterliche Sorge hat <input type="text"/>
	2.02 Anschrift des Schülers oder des Studenten <input type="text"/>		2.05 Anschrift des Vaters, der Mutter oder der Person, die die elterliche Sorge hat <input type="text"/>
	2.03 Versichertennummer oder Geburtsdatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		2.06 Versichertennummer oder Geburtsdatum des Vaters, der Mutter oder der Person, die die elterliche Sorge hat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
UNFALL	3.01 Unfallzeitpunkt Tag / Monat / Jahr <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> - Stunde : Minute s: <input type="text"/> min <input type="text"/>		3.02 Zeitpunkt der Meldung an den in Rubrik 5.01 aufgeführten Unterzeichner der Anzeige Tag / Monat / Jahr <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> - Stunde : Minute s: <input type="text"/> min <input type="text"/>
	3.03 Beginn und Ende der vorgesehenen oder tatsächlichen Schulzeit des Verletzten am Tag des Unfalls Vormittags von / bis Stunde: Minute - Stunde : Minute s: <input type="text"/> min - <input type="text"/> s: <input type="text"/> min <input type="text"/> Nachmittags von/bis Stunde: Minute - Stunde : Minute s: <input type="text"/> min - <input type="text"/> s: <input type="text"/> min <input type="text"/>		3.04 Wo ereignete sich der Unfall: <input type="checkbox"/> Im Rahmen der Schulausbildung <input type="checkbox"/> Während einer nebenschulischen Tätigkeit <input type="checkbox"/> Auf dem Schulweg oder auf dem Weg zur nebenschulischen Tätigkeit
	3.05 An welchem Ort oder an welchem Platz befand sich der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalls ? Bitte den Ort <u>genau</u> angeben (bei Wegeunfällen, bitte die Ortschaft und die Strasse angeben). <input type="text"/>		
	3.06 Welche Art von Tätigkeit führte der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalls aus? Bitte die Art der Tätigkeit <u>genau</u> angeben. <input type="text"/>		
	3.07 Was tat der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalls genau ? Die spezifische Tätigkeit und die gegebenenfalls beteiligten Gegenstände (Werkzeuge, Maschinen, Geräte, Materialien, Objekte, Instrumente, Substanzen usw.), die der Verletzte dabei benutzt hat, bitte <u>genau</u> angeben. <input type="text"/>		
	3.08 Genaue Schilderung des Unfallhergangs <input type="text"/>		
	3.09 Welches von der normalen Tätigkeit abweichende Ereignis hat (oder welche Ereignisse haben) den Unfall verursacht? Bitte geben sie alle von der Norm abweichende Ereignisse und die gegebenenfalls beteiligten Gegenstände (Werkzeuge, Maschinen, Geräte, Materialien, Objekte, Instrumente, Substanzen usw.) <u>genau</u> an. <input type="text"/>		
3.10 Wie wurde die Person verletzt? Bitte geben sie alle zur Verletzung führenden Kontakte und die gegebenenfalls beteiligten Gegenstände (Werkzeuge, Maschinen, Geräte, Materialien, Objekte, Instrumente, Substanzen usw.) <u>genau</u> an. <input type="text"/>			

UNFALL (Fortsetzung)	3.11 Getroffene oder zu treffende Schutzmaßnahmen um einen ähnlichen Unfall in Zukunft zu verhindern <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 650px;"></div>		Der Verwaltung vorbehalten	
	3.12 Name und Anschrift der Person welche zuerst über den Unfall benachrichtigt wurde <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 570px;"></div>		War diese Person Augenzeuge ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

VERLETZUNG(EN) laut Feststellungen des Unterscheidenden	<input type="checkbox"/> 4.01 Keine Verletzung, nur Fahrzeugschaden -> bitte zu den Rubriken 5.01 bis 5.05 übergehen			
	4.02 Falls eine <u>Verletzung</u> vorliegt, bitte <u>Art der Verletzung</u> angeben			
	<input type="checkbox"/> Wunden und oberflächliche Verletzungen(einschliesslich Prellungen) <input type="checkbox"/> Knochenfrakturen <input type="checkbox"/> Dislokationen, Verstauchungen und Zerrungen <input type="checkbox"/> Erschütterungen und innere Verletzungen <input type="checkbox"/> Verbrennungen und Erfrierungen <input type="checkbox"/> Schäden durch Schall, Vibration und Druck		<input type="checkbox"/> Schäden durch extreme Temperaturen, Licht oder Strahlungen <input type="checkbox"/> Schock (ohne unmittelbare physische Verletzung) <input type="checkbox"/> Mehrfachverletzungen <input type="checkbox"/> Andere Verletzung(en) welche oben nicht aufgeführt ist(sind), bitte angeben: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 410px;"></div>	
	<input type="checkbox"/> Art der Verletzung unbekannt			
	4.03 Bitte betroffenes Körperteil angeben			

<input type="checkbox"/> Kopf Auge(n) <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Brustkorb <input type="checkbox"/> Bauch, Becken <input type="checkbox"/> Ganzer Körper und verschiedene Bereiche	Schulter(n): <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Arm(e) einschl. Ellbogen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Hand (Hände): <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Bein(e), einschl. Knie <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Fuß (Füße): <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Sonstiges Körperteil oder Körperteile welche(s) oben nicht aufgeführt sind (ist), bitteangeben <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 410px;"></div>
<input type="checkbox"/> Betroffener Körperteil unbekannt	

4.04 Name, Vorname und Anschrift des behandelnden Arztes : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 510px;"></div>	4.05 Gegebenfalls, aufgesuchtes Krankenhaus angeben: <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 340px;"></div>
4.06 Codenummer des Arztes (falls bekannt) : <div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	

4.07 Folgen des Unfalls <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Der Verletzte hat den Besuch der Einrichtung nicht eingestellt <input type="checkbox"/> Der Verletzte hat den Besuch der Einrichtung eingestellt am : <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 300px;"> Tag / Monat / Jahr - Stunde : Minute </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 300px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> s: <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> min <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	4.08 Wiederaufnahme des Besuchs der Einrichtung oder der Aktivität Diese Rubrik frühestens <u>ab dem achten Tag</u> nach dem Unfalldatum ausfüllen. <input type="checkbox"/> Der Verletzte hat den Besuch der Einrichtung nicht wieder aufgenommen <input type="checkbox"/> Der Verletzte hat den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen am : <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 300px;"> Tag / Monat / Jahr </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 300px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>
--	--

UNTERZEICHNER 5.01 Name und Vorname des Unterzeichners <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 420px;"></div> 5.02 Funktion des Unterzeichners <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 420px;"></div> 5.03 Telefonnummer / Faxnummer : <div style="display: flex; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 20px;"></div> </div>	5.04 Ort, Datum <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 300px;"> Tag / Monat / Jahr </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 300px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 20px;"></div> den <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> 5.05 Unterschrift des Bürgermeisters, des Einrichtungsleiters oder ihres Bevollmächtigten, des Veranstalters der nebenschulischen Tätigkeit, beziehungsweise des Geschäftsführers der staatlich zugelassenen Betreuungseinrichtung oder des Service national de la sécurité dans la fonction publique. Stempel. <div style="text-align: center;"> Bitte vor dem Absenden des Formulars alle Rubriken ausfüllen. Jedes unvollständige Formular wird zurückgeschickt ! </div>
--	---