

2 Betriebsnummer

<input type="text"/>										
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3 Empfänger

Unfallkasse Saarland  
 Beethovenstraße 41  
 66125 Saarbrücken

4 Geburtsdatum der geschädigten Person		5 Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	6 Staatsangehörigkeit
7 Berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt des Unfalls		8 Arbeitsplatz zum Zeitpunkt des Unfalls (Nicht auszufüllen bei Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Gewöhnlicher Arbeitsplatz oder innerhalb der gewöhnlichen Einheit des Arbeitsorts <input type="checkbox"/> Vorübergehender oder mobiler Arbeitsplatz oder Reise im Auftrag des Dienstherrn <input type="checkbox"/> Anderweitiger Arbeitsplatz	
9 Anwärterin/Anwärter Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		10 Anzahl der Beschäftigten in der Dienststelle	
11 Unfall im Straßenverkehr? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	12 Unfallzeitpunkt (Datum und Uhrzeit)	13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)	
14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen; ggf. Extrablatt verwenden)			
15 Betroffene Körperteile		16 Art der Verletzung	
17 Voraussichtliche Ausfalltage		18 Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/>	
19 Voraussichtlich dauerhafte Dienstunfähigkeit Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			

20 Datum

21 Unterschrift Behördenvertreterin/Behördenvertreter

22 Name: Ansprechpartnerin/Ansprechpartner und Telefon-Nr.