

## Unfallmeldung

Arbeits- oder Studienzeitausfall  
 0 bis 3 Tage

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ beschäftigt als: \_\_\_\_\_

Struktureinheit: \_\_\_\_\_ Matrikel: \_\_\_\_\_

► **Unfalltag:** \_\_\_\_\_ **Unfallzeit:** \_\_\_\_\_

Unfallort: \_\_\_\_\_

Ärztliche Arbeitsbefreiung?  Ja  Nein Zeitausfall \_\_\_\_\_ Tage

Zeugen des Unfalls: \_\_\_\_\_

Unfallhergang: \_\_\_\_\_

Statistik

Mitarbeiter			Studenten		
Art	Unfallorte	X	Art	Unfalleintritt bei	X
AU	Labore, Technika		LV	organisierter Hochschulsport	
	Werkst., Baust., Betr.-Tech.			Experimente in Lehre/ Forschung	
WU	Versuchsräume		WU	Betriebspraktikum	
WVU	sonst. Arbeitsstätten (FH)		WVU	sonstige	
	Straßen, Wege, Plätze (FH)			Freizeitsport	
	Flure, Treppen, Gänge (FH)				
	sonst. Orte in der FH			Auf dem Wege von der bzw. zur Einrichtung	
	Orte außerhalb der FH			Wegeunfall	
	bei Sportveranstaltg. (BetrSp.)			Wege-Verkehrsunfall	

Arztbesuch?  Ja  Nein Arztanschrift: \_\_\_\_\_

Verletzungsart: \_\_\_\_\_

Verletzter Körperteil: \_\_\_\_\_

Untersuchung, Schlußfolgerungen und Einleitung von Maßnahmen erfolgten durch den zuständigen leitenden Mitarbeiter. Bestätigung durch Unterschrift:

Merseburg, den \_\_\_\_\_

Leiter

Sicherheitsbeauftragter