

Informationen für Beschäftigte zur Erstattung einer Unfallanzeige

Alle **Beschäftigten** der Universität Hamburg sind kraft Gesetz unfallversichert. Dies gilt sowohl für Tarifbeschäftigte als auch für das wissenschaftliche Personal. Der zuständige Unfallversicherungsträger ist die Unfallkasse Nord.

Da für **Beamte** gesonderte Regelungen gelten, wenden sie sich bitte für weitere Informationen an das Team 631 in Abteilung 6. Beamte haben für jeden Unfall eine Dienstunfallanzeige auszufüllen.

Die gesetzliche Unfallversicherung kommt für Leistungen auf, die infolge von Arbeits- bzw. Wegeunfällen auftreten. Als **Arbeitsunfälle** werden Unfälle eingestuft, die Beschäftigte bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit erleiden. Als **Wegeunfälle** werden Unfälle eingestuft, die Beschäftigte auf dem direkten Weg zum Ort ihrer beruflichen Tätigkeit oder zurück erleiden.

Wann ist ein Unfall anzuzeigen?

Ein Unfall ist anzuzeigen, wenn ein Arbeits- bzw. Wegeunfall eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Kalendertagen oder den Tod eines Versicherten zur Folge hat. Die Drei-Tage-Frist beginnt stets am Tag nach dem Unfall und umfasst alle Kalendertage, also auch Samstage, Sonn- und Feiertage.

Wer erstattet die Unfallanzeige und wo ist das Formular zu finden?

Die Führungskraft der verunfallten Person erstattet die Unfallanzeige. Das können z.B. Abteilungsleitungen, Referatsleitungen, Professorinnen und Professoren sein. Das Formular „Unfallanzeige für Beschäftigte“ wird von der Stabsstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz auf ihrer Homepage im KUS-Portal¹ zur Verfügung gestellt. Das Formular liegt als beschreibbare PDF Datei vor und kann direkt am PC ausgefüllt werden.

Wer ist über die Unfallanzeige zu informieren, bzw. wohin ist sie zu senden?

Die „Unfallanzeige für Beschäftigte“ ist im Original mit Unterschrift an **Abteilung 6 Personal** zu senden. Über Abteilung 6 Personal erfolgt die weitere Verteilung der Unfallanzeige an:

- Amt für Arbeitsschutz, Billstraße 80, 20539 Hamburg
- Arbeitsmedizinischer Dienst, Alter Steinweg 4, 20459 Hamburg
- Stabsstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz, Mittelweg 177, 20148 Hamburg
- TVPR bzw. WIPR
- Unfallkasse Nord, Seekoppelweg 5a, 24113 Kiel

Auf Wunsch ist der verunfallten Person eine Kopie der Unfallanzeige auszuhändigen.

Innerhalb welcher Frist ist die Unfallanzeige zu erstatten?

Die Anzeige ist binnen drei Werktagen nach Bekanntwerden des Unfalls zu erstatten.

¹ <https://www.kus.uni-hamburg.de/themen/arbeitssicherheit-umweltschutz/arbeitssicherheit/unfallanzeige.html>

Informationen zu den einzelnen Fragen der „Unfallanzeige für Beschäftigte“

- 1 Name und Anschrift [Fakultät/Fachbereich/Einrichtung/Abteilung/Referat + Stempel]
- 2 Unternehmensnummer [3446 5561 0975 001]
- 3 Empfänger [Abteilung 6 Personal]
- 4 Name, Vorname der versicherten Person
- 5 Geburtsdatum – Tag, Monat, Jahr
- 6 Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
- 7 Geschlecht – Männlich, Weiblich
- 8 Staatsangehörigkeit
- 9 Leiharbeiter/-in – Ja, Nein
- 10 Auszubildende/-er – Ja, Nein
- 11 Die versicherte Person ist – Unternehmer/-in, Gesellschafter/-in, Geschäftsführer/-in, mit der Unternehmerin/ dem Unternehmer verheiratet, in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend, verwandt
- 12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für ___ Wochen [i.d.R. sechs Wochen]
- 13 Krankenkasse – Name, Postleitzahl, Ort
- 14 Tödlicher Unfall – Ja, Nein
- 15 Unfallzeitpunkt – Tag, Monat, Jahr, Stunde, Minute
- 16 Unfallort – genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ
- 17 Ausführliche, detaillierte Schilderung des Unfallhergangs mit seinen näheren Umständen:
 - [Leitfrage: Wo, wie, warum und unter welchen Umständen kam es zu dem Unfall?
 - An welchem Ort ereignete sich der Unfall? z.B. Büro, Gewächshaus, Labor, Straßenverkehr
 - Welche Tätigkeit übte die verletzte Person aus? z.B. Einspannen eines Werkstückes, Herstellen von Gewebeschnitten, Sortieren von Unterlagen, Überqueren einer Straße
 - Umstände, die den Verlauf des Unfalls kennzeichnen? z.B. Stolpern auf der Treppe, Anrumpeln durch Mitfahrende, Verschütten von Chemikalien]
 Die Angaben beruhen auf der Schilderung – der versicherten Person, anderer Personen
- 18 Verletzte Körperteile [Beispiel: rechter Unterarm, linkes Auge, linker Fuß, rechte Kopfseite]
- 19 Art der Verletzung [Beispiel: Prellung, Bruch, Verbrennung, Schnittverletzung, Platzwunde, Verätzung]
- 20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)
War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? Ja, Nein
- 21 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses
- 22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person - Beginn Stunde, Minute - Ende Stunde, Minute
- 23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als [Beispiel: Sachbearbeiter/in, technische/r Assistent/in, wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Gärtner/in]
- 24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat, Jahr
- 25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig? [Beispiel: Abteilung, Arbeitsgruppe, Bibliothek, Fachbereich, Institut, Labor, Werkstatt]
- 26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt? Nein, Sofort, Später, am Tag, Monat, Stunde
- 27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen? Nein, Ja, am Tag, Monat, Jahr
- 28 Datum – Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r) – Betriebsrat (Personalrat)
Telefon-Nr. für Rückfragen

Unfallanzeige für Beschäftigte

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift Fakultät/Fachbereich/Einrichtung/Abteilung

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3446 5561 0975 001

3 Empfänger/-in

Universität Hamburg
Abteilung 6 - Personal
Mittelweg 177
Hamburg

Über Abteilung 6 (Personalservice) an:

- Amt für Arbeitsschutz, Billstr. 80, 20539 HH
- Arbeitsmedizinischer Dienst, Steinweg 4, 20459 HH
- Stabsstelle für Arbeitssicherheit und Umweltschutz
- TVPR oder WiPR
- Unfallkasse Nord, Seekoppelweg 5a, 24112 Kiel

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum : Tag : Monat : Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Ja Nein

10 Auszubildende/-r

Ja Nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in

verheiratet

in eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend

verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
besteht für Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

Ja Nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag : Monat : Jahr : Stunde : Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge
des Unfalls?

Ja Nein

21 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten
Person

: Stunde : Minute : : Stunde : Minute

Beginn : : : Ende : : :

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? : Monat : Jahr

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

Nein Sofort Später, am : Tag : Monat : Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

Nein Ja, am : Tag : Monat : Jahr

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen

Unfallanzeige für Beschäftigte

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift Fakultät/Fachbereich/Einrichtung/Abteilung

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3446 5561 0975 001

3 Empfänger/-in

An das
 Amt für Arbeitsschutz
 Billstraße 80
 20539 Hamburg

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum : Tag : Monat : Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Ja Nein

10 Auszubildende/-r

Ja Nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in

verheiratet

in eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend

verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
besteht für Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

Ja Nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag : Monat : Jahr : Stunde : Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge
des Unfalls?

Ja Nein

21 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten
Person

: Stunde : Minute : : Stunde : Minute

Beginn : : : Ende : : :

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? : Monat : Jahr

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

Nein Sofort Später, am : Tag : Monat : Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

Nein Ja, am : Tag : Monat : Jahr

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen

Unfallanzeige für Beschäftigte

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift Fakultät/Fachbereich/Einrichtung/Abteilung

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3446 5561 0975 001

3 Empfänger/-in

An den
Arbeitsmedizinischen Dienst
Alter Steinweg 4
20459 Hamburg

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum : Tag : Monat : Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Ja Nein

10 Auszubildende/-r

Ja Nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in

verheiratet
 in eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend
 verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
besteht für Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

Ja Nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag : Monat : Jahr : Stunde : Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge
des Unfalls?

Ja Nein

21 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten
Person

: Stunde : Minute : : Stunde : Minute

Beginn : : : Ende : : :

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? : Monat : Jahr

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

Nein Sofort Später, am : Tag : Monat : Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

Nein Ja, am : Tag : Monat : Jahr

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen

Unfallanzeige für Beschäftigte

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift Fakultät/Fachbereich/Einrichtung/Abteilung

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3446 5561 0975 001

3 Empfänger/-in

An die
Stabsstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum : Tag : Monat : Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Ja Nein

10 Auszubildende/-r

Ja Nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in

verheiratet

in eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend

verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
besteht für Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

Ja Nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag : Monat : Jahr : Stunde : Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge
des Unfalls?

Ja Nein

21 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten
Person

: Stunde : Minute : : Stunde : Minute

Beginn : : : Ende : : :

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?

Monat : Jahr

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

Nein Sofort Später, am : Tag : Monat : Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

Nein Ja, am : Tag : Monat : Jahr

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen

Unfallanzeige für Beschäftigte

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift Fakultät/Fachbereich/Einrichtung/Abteilung

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3446 5561 0975 001

3 Empfänger/-in

An den
 Personalrat des Technischen, Bibliotheks- und
 Verwaltungspersonals (TVPR)
 bzw.
 Personalrat des wissenschaftlichen Personals
 (WIPR) der Universität Hamburg

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum : Tag : Monat : Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Ja Nein

10 Auszubildende/-r

Ja Nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in

verheiratet

in eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend

verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
besteht für Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

Ja Nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag : Monat : Jahr : Stunde : Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge
des Unfalls?

Ja Nein

21 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten
Person

Stunde : Minute : Stunde : Minute
 Beginn : : : Ende : : :

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? : Monat : Jahr

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

Nein Sofort Später, am : Tag : Monat : Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

Nein Ja, am : Tag : Monat : Jahr

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen

Unfallanzeige für Beschäftigte

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift Fakultät/Fachbereich/Einrichtung/Abteilung

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3446 5561 0975 001

3 Empfänger/-in

An die
Unfallkasse Nord
Seekoppelweg 5a
24112 Kiel

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum : Tag : Mona : Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/-in

Ja Nein

10 Auszubildende/-r

Ja Nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/-in

mit der Unternehmerin/
dem Unternehmer:

Gesellschafter/-in
Geschäftsführer/-in

verheiratet
 in eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend
 verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung
besteht für Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Tödlicher Unfall?

Ja Nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag : Monat : Jahr : Stunde :

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

19 Art der Verletzung

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge
des Unfalls?

Ja Nein

21 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten
Person

Stunde : Stunde :
Beginn : Ende :
Monat : Jahr :

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat : Jahr

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

Nein Sofort Später, am Tag : Mona : Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

Nein Ja, am Tag : Mona : Jahr

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen