

## Informationen für Studierende zur Erstattung einer Unfallanzeige

Studierende und Doktoranden der Universität Hamburg sind kraft Gesetz unfallversichert. Die zuständige Unfallversicherung ist die Unfallkasse Nord.

Versichert sind Tätigkeiten, die im Rahmen des Studiums im inhaltlichen und organisatorischen Verantwortungsbereich der Hochschule stattfinden (z.B. Teilnahme an Laborpraktika, Pflichtvorlesungen, Kolloquien, Prüfungen, Tutorien, Sprachveranstaltungen, Besuch der Bibliotheken).

### Wann ist ein Unfall anzuzeigen?

Unfälle bei denen Studierende so verletzt werden, dass sie eine ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen müssen, sind mit einer Unfallanzeige anzuzeigen.

Dabei kann es sich um einen Unfall handeln, der sich bei/während einer versicherten Tätigkeit selbst oder auf dem Weg zu oder von einer versicherten Tätigkeit ereignet hat.

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

Die Unfallanzeige ist von einer verantwortlichen Person der Universität Hamburg zu erstatten und sollte gemeinsam mit den verunfallten Studierenden ausgefüllt werden. Die Ansprechpartner in den jeweiligen Fakultäten/Fachbereichen werden i.d.R. über deren Homepages kommuniziert.

Der Formularsatz „Unfallanzeige für Studierende“ wird auch im KUS-Portal auf der Homepage der Stabsstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz<sup>1</sup> zur Verfügung gestellt.

In das KUS-Portal der Universität loggen sich die Studierenden mit ihrer STINE Kennung ein. Der Formularsatz liegt als beschreibbare PDF Datei vor und kann direkt am PC ausgefüllt werden.

### Wer ist von der Unfallanzeige zu informieren und wohin ist sie zu senden?

Die Unfallanzeige wird in dreifacher Ausfertigung gedruckt und ist an die, im Adressfeld genannten Adressaten, zu senden:

- Unfallkasse Nord, Spohrstraße 2, 22083 Hamburg
- Stabsstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz, Mittelweg 177, Hamburg
- Ein Exemplar verbleibt bei den verunfallten Studierenden

### Innerhalb welcher Frist ist die Unfallanzeige zu erstatten?

Die Anzeige ist innerhalb von drei Tagen nach Kenntnisnahme vom Unfall zu erstatten.

---

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

## Informationen zu den einzelnen Fragen der „Unfallanzeige für Studierende“

- 1 Stempel Fakultät/Fachbereich/Institut/Einrichtung
- 2 Unternehmens-/Mitgliedsnummer: 41100
- 3 Empfänger sind bereits vorausgefüllt (Unfallkasse Nord, Stabsstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz, Exemplar zum Verbleib verunfallte Studierende)
- 13 Hier ist der Unfall mit seinen näheren Umständen zu schildern:
  - Ort an dem sich der Unfall ereignet hat, z.B. Hörsaal, Seminar- und Vorlesungsraum, Sprachlabor, Chemielabor, Bibliothek, Turnhalle, Sportplatz
  - Art der Veranstaltung, z.B. Chemiepraktikum, Vorlesung, Prüfung, Kolloquium
  - Umstände, die den Verlauf des Unfalls kennzeichnen, z.B. Sturz mit dem Fahrrad, Stolpern an einer Treppe, Zusammenprall mit Mitspielern
  - Besondere Bedingungen, z.B. Schneeglätte, Umgang mit Gefahrstoffen
  - Bei Sportunfällen sind Sportart und Art der Veranstaltung (z.B. Pflichtveranstaltung, Hochschulsport) anzugeben
  - Matrikelnummer
- 14 Beispiele: rechter Unterarm, linkes Auge, linker Fuß, rechte Kopfseite
- 15 Beispiele: Prellung, Bruch, Verbrennung, Schnittverletzung, Platzwunde, Verätzung
- 21 Durch die Unterschrift wird bestätigt, dass sich der o.g. Unfall im Rahmen des Studiums ereignet hat. Hat sich der Unfall im Rahmen einer Lehrveranstaltung ereignet, kann dies z.B. durch die, für die Lehrveranstaltung verantwortliche Person (Professorin oder Professor, Praktikumsverantwortliche/r), bestätigt werden. Bei Wegeunfällen sollte die Anzeige des Unfalls über das, für die verunfallten Studierenden zuständige Studienbüro, erfolgen.

# Unfallanzeige für Studierende

# UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Fakultät bzw. Fachbereichs

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

4	1	1	0	0					
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

3 Empfänger

An die  
**Stabsstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz**  
Mittelweg 177  
20148 Hamburg

4 Name, Vorname der/des Versicherten	5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
--------------------------------------	----------------	-----	-------	------

6 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
----------------------	--------------	-----

7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	8 Staatsangehörigkeit	9 Name und Anschrift der gesetzl. Vertreter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------	--

10 Krankenkasse der/des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

11 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	12 Unfallzeitpunkt Tag   Monat   Jahr   Stunde   Minute	13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
---	--	---

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

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der/des Versicherten  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile	16 Art der Verletzung
--------------------------	-----------------------

17 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)	War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

18 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses	19 Beginn und Ende des Hochschulbesuchs Beginn   Stunde   Minute   Ende   Stunde   Minute
---	--

20 Hat die/der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am	Tag   Monat   Stunde
---	----------------------

21 Hat die/der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	Tag   Monat   Jahr
---	--------------------

22 Datum	Leiter (Beauftragter) der Einrichtung	Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)
----------	---------------------------------------	--

# Unfallanzeige für Studierende

# UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Hochschule

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

4	1	1	0	0															
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger

**EXEMPLAR ZUM VERBLEIB BEIM  
VERUNFALLTEN STUDENTEN / BEI DER  
VERUNFALLTEN STUDENTIN**

4 Name, Vorname der/des Versicherten

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

männlich  weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Name und Anschrift der gesetzl. Vertreter

ja  nein

10 Krankenkasse der/des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

11 Tödlicher Unfall?

ja  nein

12 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

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

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der/des Versicherten  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)

War diese Person Augenzeuge?

ja  nein

18 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses

19 Beginn und Ende des Hochschulbesuchs

Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

20 Hat die/der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen?  nein  sofort  später, am

Tag Monat Stunde

21 Hat die/der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?

nein

ja, am

Tag Monat Jahr

22 Datum

Leiter (Beauftragter) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)

# Unfallanzeige für Studierende

# UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift der Hochschule

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

4	1	1	0	0															
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger

An die  
**Unfallkasse Nord**  
Spohrstraße 2  
22083 Hamburg

4 Name, Vorname der/des Versicherten	5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
--------------------------------------	----------------	-----	-------	------

6 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
----------------------	--------------	-----

7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	8 Staatsangehörigkeit	9 Name und Anschrift der gesetzl. Vertreter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------	--

10 Krankenkasse der/des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

11 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	12 Unfallzeitpunkt Tag   Monat   Jahr   Stunde   Minute	13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
---	--	---

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

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der/des Versicherten  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile	16 Art der Verletzung
--------------------------	-----------------------

17 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)	War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

18 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses	19 Beginn und Ende des Hochschulbesuchs Beginn   Stunde   Minute   Ende   Stunde   Minute
---	--

20 Hat die/der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am	Tag   Monat   Stunde
---	----------------------

21 Hat die/der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	Tag   Monat   Jahr
---	--------------------

22 Datum | Leiter (Beauftragter) der Einrichtung | Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)