

Informationen für Studierende zur Erstattung einer Unfallanzeige

Studierende und Doktoranden der Universität Hamburg sind kraft Gesetz unfallversichert. Der zuständige Unfallversicherungsträger 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, Vorlesungen, Seminare, 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 der/dem verunfallten Studierenden ausgefüllt werden. Die Ansprechpersonen in den jeweiligen Fakultäten/Fachbereichen werden i.d.R. über deren Seiten im KUS-Portal kommuniziert. Das Formular „Unfallanzeige für Studierende“ wird im KUS-Portal auf der Homepage der Stabsstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz¹ zur Verfügung gestellt. In das KUS-Portal der Universität loggen sich die Studierenden mit ihrer STINE Kennung ein. Das Formular liegt als beschreibbare PDF Datei vor und kann direkt am PC ausgefüllt werden.

Wer ist von der Unfallanzeige zu informieren, bzw. wohin ist sie zu senden?

Die Unfallanzeige ist im Original an die

- Unfallkasse Nord, Seekoppelweg 5a, 24113 Kiel zu senden.

Zusätzlich erhält die

- Stabsstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz, Mittelweg 177, 20148 Hamburg eine Kopie.

Es empfiehlt sich, dass die/der verunfallte Studierende eine Kopie in ihre/seine persönlichen Unterlagen nimmt.

Innerhalb welcher Frist ist die Unfallanzeige zu erstatten?

Die Anzeige ist innerhalb von drei Tagen nach Kenntnisnahme 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 Studierende“

1 Name und Anschrift [Fakultät/Fachbereich/Institut/Einrichtung/Abteilung + Stempel]

2 Träger der Einrichtung [Universität Hamburg]

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers [3446 5561 0975 001]

4 Empfänger [Original: Unfallkasse Nord, Kopie: Stabsstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz]

5 Name, Vorname der versicherten Person [verunfallte Studierende]

6 Geburtsdatum – Tag, Monat, Jahr

7 Straße, Hausnummer – Postleitzahl – Ort

8 Geschlecht - Männlich, Weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertretungsberechtigten

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 (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

- [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, Schnittverletzung nach Laborglasbruch
- Besondere Bedingungen, z.B. Schneeglätte, Umgang mit Gefahrstoffen
- Bei Sportunfällen sind Sportart und Art der Veranstaltung (z.B. Pflichtveranstaltung, Hochschulsport) anzugeben
- Matrikelnummer]

Die Angaben beruhen auf der Schilderung - der versicherten Person, anderer Personen

15 Verletzte Körperteile [Beispiele: rechter Unterarm, linkes Auge, linker Fuß, rechte Kopfseite]

16 Art der Verletzung [Beispiele: Prellung, Bruch, Verbrennung, Schnittverletzung, Verätzung]

17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen? Nein, Sofort, später am Tag, Monat, Stunde

- 18 Hat die/der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? Nein, Ja, am Tag, Monat, Jahr
- 19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) – War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge? Ja, Nein
- 20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses
- 21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung – Beginn Stunde, Minute – Ende Stunde, Minute
- 22 Datum – Leiterin/Leiter (Beauftragte/-r der Einrichtung – Telefon-Nr. für Rückfragen
[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 Fakultät/Fachbereich/Einrichtung/Abteilung

für Kinder in Tagesbetreuung oder
vorschulischer Sprachförderung,
Schülerinnen und Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

Universität Hamburg

4 Empfänger/-in

Unfallkasse Nord
Seekoppelweg 5a
24113 Kiel

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3446 5561 0975 001

Zusätzlich eine Kopie

- an die Stabstelle Arbeitssicherheit und Umweltschutz

Mittweg 177, 20148 Hamburg

- für Studierende

5 Name, Vorname der versicherten Person		6 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr
7 Straße, Hausnummer		Postleitzahl		Ort		
8 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		9 Staatsangehörigkeit		10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten		
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 (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

15 Verletzte Körperteile		16 Art der Verletzung	
17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Sofort
		Später am	
		Tag	Monat
18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am
		Tag	Monat
		Jahr	
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)		War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses		21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung	
		Stunde	Minute
		Beginn	Ende
22 Datum		Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung	
		Telefon-Nr. für Rückfragen	