

## Unfallmeldung Notärztin / Notarzt

An: Unfallkasse Sachsen, Postfach 42, 01651 Meißen

Name, Vorname der versicherten Person		Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr
Straße, Hausnummer			Postleitzahl		Ort	
Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		Staatsangehörigkeit				
Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wochen		Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)				
Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Unfallzeitpunkt			Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)	
	Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute	
Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)						
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> anderer Personen						
Verletzte Körperteile			Art der Verletzung			
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		
Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses			Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person			
			Beginn	Stunde	Minute	Ende
Zum Unfallzeitpunkt tätig als Notarzt/Notärztin <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			Seit wann bei dieser Tätigkeit?		Monat	Jahr
In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?						
Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort				Später, am		Tag
				Monat	Stunde	
Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am				Tag	Monat	Jahr
Zusätzliche Angaben des Notarztes/der Notärztin						
Die versicherte Person übt neben dem Notarztendienst regelmäßig eine Beschäftigung mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes						
oder						
eine Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung aus.						
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Benennung der konkreten beruflichen Tätigkeit außerhalb des Rettungsdienstes:						
Leistungserbringer:						
Beteiligte Rettungswache:						
Datum			Unterschrift des Notarztes			