



## UNFALLANZEIGE

- Bitte füllt nach einem Unfall beim Hochschulsport dieses Formular aus. So hilft Ihr, unser Sicherheitsmanagement zu verbessern.
- Als Angehörige niedersächsischer HVNB-Hochschulen beantragt Ihr mit Euren Angaben eine Prüfung Eures gesetzlichen Unfallversicherungsschutzes.
- Mit der Einsendung des Formulars (an hochschulsport@leuphana.de) versichert Ihr die Richtigkeit aller Angaben.  
Gute Besserung!

### PERSÖNLICHE DATEN

Name	_____	Vorname	_____
Geschlecht	_____	Geburtsdatum	_____
Straße, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Staatsangehörigkeit	_____		
Hochschule	_____	Status	_____
Ggf. Matrikelnummer	_____		

### ANGABEN ZUM UNFALL

Datum	_____	Uhrzeit	_____
Sportstätte	_____	Sportart	_____
Veranstaltung	_____	Kursleiter*in	_____
Teilnahme an der Veranstaltung von	_____	bis	_____
Unfallhergang	_____		

Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Person

Wer hat von dem Unfall zuerst  
Kenntnis genommen? Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

War diese Person Augenzeug\*in  Ja  nein

Verletzte Körperteile \_\_\_\_\_

Art der Verletzung \_\_\_\_\_

Erstbehandlung Name \_\_\_\_\_

Ärzt\*in oder Krankenhaus: Anschrift \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZUM STUDIUM/ ZUR ARBEIT

Wurde das Studium/ die Arbeit unterbrochen?  Ja  Nein  Später

Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Wurde das Studium/ die Arbeit wieder aufgenommen?  Ja  Nein

Datum \_\_\_\_\_

