



UNFALLANZEIGE

- Bitte füllt nach einem Unfall beim Hochschulsport dieses Formular aus und sendet es als PDF an hochschulsport@leuphana.de. So kann geprüft werden, ob ihr als Angehörige einer niedersächsischen HVNB-Hochschule im angegebenen Fall über die Landesunfallkasse Niedersachsen versichert seid.
- Mit der Einsendung des Formulars versichert ihr die Richtigkeit aller Angaben.
- Wenn euch Informationen zum Ausfüllen einzelner Felder fehlen, lasst diese bitte offen. Wir melden uns bei euch, wenn wir Rückfragen haben.

Gute Besserung!

PERSÖNLICHE DATEN

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

ANGABEN ZUM UNFALL

Datum	_____	Uhrzeit	_____
Unfallort	_____	Sportart	_____
Kurs/Veranstaltung	_____	Kursleiter*in	_____
Teilnahme an Kurs/Veranstaltung von	_____	bis	_____
Unfallhergang (ausführlich schildern!)	_____		

Angaben beruhen auf der Schilderung

☐ der versicherten Person

☐ anderer Person

Wer hat von dem Unfall zuerst

Name _____

Kenntnis genommen?

Anschrift _____

War diese Person Augenzeug*in

☐ Ja

☐ Nein

Verletzte Körperteile

Art der Verletzung

Erstbehandlung Arzt*in oder

Krankenhaus:

Name _____

Anschrift _____

Weitere Angaben

Wurde die Teilnahme am Kurs / an der
Veranstaltung unterbrochen?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Später

Krankenkasse (Name, PLZ, Ort; bei

Datum _____

Uhrzeit _____

Familienversicherung Name des Mitglieds) _____

