UNFALLMELDUNG

FREIWILLIGE FEUERWEHR

_____

Datum: _____

Unfall – Nr.: _____

An das
Landesfeuerwehrkommando Salzburg
Karolingerstraße 30
5020 Salzburg
post@lfv-sbg.at

Persönliche Informationen:

Name des Verletzten: _____

Dienstgrad: _____

Anschrift: _____

Geboren am: _____ in: _____

Familienstand: _____ Personal-Nr.: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Anzahl der unversorgten minderjährigen (bis 18 Jahre) Kinder: _____

BIC: _____ IBAN: _____

Vorschädigung (Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehrdienstschädigung, Invalidität, Opferfürsorge) mit

Rentenbezug von: _____

Berufliche Situation:

Beruf des Verletzten: _____

Name Arbeitgeber: _____

Anschrift Arbeitgeber: _____

Selbstständig
erwerbstätig als: _____

Unfalldaten:

☐ EINSATZ ☐ ÜBUNG ☐ AUSBILDUNG ☐ Sonstiges: _____

Name zuständiger
Einsatzleiter: _____

Beginn: _____ Ende: _____

Unfalltag: _____ Uhrzeit: _____

UNFALLMELDUNG

Unfallstellte (genau): _____

Unfallzeugen
Name und Anschrift: _____

Erhebung durch die Polizei: ☐ JA ☐ NEIN Dienststelle: _____

Schilderung des Unfallherganges, so dass sich jedermann ein klares Bild machen kann (Tätigkeit und Unfallursache, Art eventuell beteiligter Fahrzeuge). Bei Wegunfällen: Von wo ist der Verletzte weggegangen? Wohin sollte er sich begeben?

_____

_____

_____

_____

Diagnose / Befund: _____

☐ TOT ☐ LEBENDIG

Verletzter Körperteil
und Verletzungsart: _____

Einlieferung
Krankenhaus: _____

Einlieferungstag: _____

Erste-Hilfe-Leistung: ☐ JA ☐ NEIN

Behandelnder Arzt
Oder Krankenhaus: _____

Anschrift Arzt: _____

Arbeit aufgenommen am: _____

Die Meldefist beträgt 5 Tage!

Die Meldung ist zweifach zu erstellen. Der Durchschlag verbleibt bei der Feuerwehr.

Ich erkläre, sämtliche Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben; auch entbinde ich ausdrücklich die Ärzte von ihrer Schweigepflicht hinsichtlich aller im Zusammenhang mit diesem Unfall stehenden Fragen seitens des Landesfeuerwehrverbandes.

Unterschrift Bürgermeister/in	Unterschrift des Verletzten	Stempel und Unterschrift OFK