

Unfallbericht

Name der/des Verletzten: _____

Adresse: _____

Mitgliedsnummer der/des Verletzten: _____

Telefonnummer (Handy oder E-Mail) der/des Verletzten: _____

Datum des Unfalls: _____

Uhrzeit des Unfalls: _____

Ort (genauer Raum) des Unfalls: _____

Art und Umfang der Verletzung(en): _____

Art und Weise der Erste-Hilfe-Maßnahme: _____

Name des Ersthelfers: _____

Rettungsdienst gerufen? Ja Nein

Weitere Maßnahme(n)/Verlauf: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich den Unfallbericht direkt per E-Mail an info@post-sv.de schicke
- ich die Geschäftsstelle über die Zusendung informieren werde
- ich meinen Vorgesetzten/Abteilungsleiter über den Unfall informiert habe

Vorname

Name

Unterschrift