

## Informationen zur Erhebung von personenbezogenen Daten

*entsprechend der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) – DSGVO - i. V. m. dem Bundesdatenschutzgesetz in der Fassung vom 25. Mai 2018*

### **Formular:**

GUV-Unfallanzeige für Kinder in Tagesbetreuung oder vorschulischer Sprachförderung, Schülerinnen und Schüler, Studierende

### **Zweck(e) der Datenerhebung:**

Unfallbearbeitung

### **Rechtsgrundlage(n) für die Datenerhebung:**

Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a) DSGVO (Einwilligung zur Verarbeitung)

### **Dauer der Speicherung:**

10 Jahre

### **Empfänger der personenbezogenen Daten:**

Braunschweiger Gemeinde-Unfallversicherungsverband (GUV)  
Berliner Platz 1 C  
38102 Braunschweig

### **Für den Datenschutz verantwortliche Dienststelle:**

Stadt Braunschweig  
Fachbereich Zentrale Dienste  
Stelle für Schaden- und Versicherungsangelegenheiten  
Platz der Deutschen Einheit 1  
38100 Braunschweig

Telefon: 05 31 4 70-1

E-Mail: zentrale.dienste@braunschweig.de

### **Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten:**

Stadt Braunschweig  
Fachbereich Zentrale Dienste  
Datenschutzbeauftragte Annette Hübner  
Platz der Deutschen Einheit 1  
38100 Braunschweig

Telefon: 05 31 4 70-24 25

E-Mail: datenschutz@braunschweig.de

Beachten Sie bitte auch vor dem Ausfüllen des nachfolgenden Formulars die datenschutzrechtlichen Informationen gemäß Datenschutzgrundverordnung in den [Hinweisen zum Datenschutz](#) (je nach Browser/-einstellungen können eingegebene Daten bei späterem Aufruf der Datenschutzhinweise verloren gehen).

Stand: 13. August 2018

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

5 Name, Vorname der versicherten Person

6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

Männlich  Weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall

Ja  Nein

12 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch  
der Einrichtung unterbrochen?

Nein  Sofort

Später am Tag Monat Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch  
der Einrichtung wieder aufgenommen?

Nein

Ja, am Tag Monat Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/ Augenzeuge  
des Unfalls?

Ja  Nein

20 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung

Beginn Ende  
Stunde Minute Stunde Minute

22 Datum

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen