

## Angaben zur Person

Vorname, Name der/des  
Verletzten bzw. Erkrankten \_\_\_\_\_ Frau      Mann

Abteilung/Arbeitsbereich/Tätigkeit \_\_\_\_\_

Klinik/Einrichtung \_\_\_\_\_

## Angaben zum Unfall bzw. Gesundheitsschaden

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

Ort des Unfalles \_\_\_\_\_

Hergang (Ablauf mit Hinweisen  
zur Unfall- bzw. Verletzungsursache)

Art und Umfang der Verletzung/Erkrankung

Name der Zeugin/des Zeugen \_\_\_\_\_

## Erste-Hilfe-Leistungen/Behandlung

Art und Weise der Erste-Hilfe-Maßnahmen/Behandlung

Name der/des Erste-Hilfe-  
Leistenden/Behandelnden \_\_\_\_\_

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

Durchgangsarzt/-ärztin wird/wurde aufgesucht      Ja      Nein

Bitte senden Sie das ausgefüllte Verbandbuch unverzüglich an [arbeitsschutz@doctarigroup.com](mailto:arbeitsschutz@doctarigroup.com)



Haben Sie Fragen?

doctari work safety • [arbeitsschutz@doctarigroup.com](mailto:arbeitsschutz@doctarigroup.com)