

Absender*in

Empfänger*in
(zuständige Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse)

Erkrankung an COVID 19 - Meldung des Verdachts einer Berufskrankheit / eines Arbeitsunfalls durch die/den Versicherte*n

Persönliche Daten

| | |
|---------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| Geburtsdatum | |

Angaben zur Tätigkeit

| | |
|---|--|
| Name und Anschrift des Arbeitgeber*in | |
| Kontakte mit Infizierten am Arbeitsplatz oder -raum; bei Besprechungen usw. Chronologische Abfolge (wenn möglich: wann, wo, womit, mit wem, wie lange) | |
| Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz zu Corona | |
| Kontakte mit Infizierten im Privatbereich | |
| Symptome nach der Infektion z.B. Fieber, Geschmacksstörung, Schüttelfrost, Mattigkeit usw. | |

Belege

| | |
|--|--|
| positives PCR Testergebnis, evtl. Quarantänebescheinigung Gesundheitsamt | |
|--|--|

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtig: Diese Aussagen werden von der gesetzlichen Unfallversicherung geprüft.