**ARBEITSUNFALLBERICHT [A blue background with white text

Description automatically generated](https://de.smartsheet.com/try-it?trp=49774&utm_language=DE&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Work+Accident+Report+Sample+Letter-word-49774-de&lpa=ic+Work+Accident+Report+Sample+Letter+word+49774+de)**

**MUSTERBRIEF**

Name des Vorgesetzten

Titel

Arbeitgebername

Adresse

Sehr geehrte(r) [Name des Vorgesetzten]:

Ich lege dieses Schreiben hochachtungsvoll als schriftliche Mitteilung vor, dass ich am [Datum des Vorfalls] um ca. [Zeitpunkt des Vorfalls] in einen Arbeitsunfall verwickelt war. [Ich wurde verletzt / krank] als [klare Details zum Unfall angeben, einschließlich dessen, was dazu geführt hat].

Das folgende Personal wurde Zeuge des oben beschriebenen Unfalls:

|  |  |
| --- | --- |
| NAME | TITEL |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Unmittelbar nach dem Unfall sprach ich mit [Name der Person, mit der Sie gesprochen haben] und berichtete, was passiert ist, wie oben beschrieben. Ich wurde nach dem Unfall medizinisch behandelt. Dazu gehörte [alle erhaltenen medizinischen Behandlungen auflisten; falls keine erhalten, diesen Teil des Satzes entfernen]. Ich bin gerade dabei, meine Verletzungen medizinisch begutachten zu lassen. Nach meinem bisherigen Verständnis habe ich die folgenden Verletzungen erlitten: [Listen Sie die verletzten Körperteile auf, ohne eine spezifische Diagnose zu nennen].

Mein Gesundheitsdienstleister, [Arztname], hat [leichte Dienst-/Arbeitsbeschränkungen] attestiert und mir die folgenden Einschränkungen auferlegt: [Beschränkungen auflisten]. Bitte lassen Sie mich wissen, ob Sie diese Einschränkungen berücksichtigen können. Wenn ja, bitte ich um ein schriftliches Dokument, in dem meine neuen Aufgaben nach einem Unfall beschrieben werden. Weitere Informationen erhalte ich bei meinem Kontrolltermin am [Datum].

Aufgrund der Ungewissheit bezüglich des vollen Umfangs meiner Verletzungen, meines Genesungsplans und der zukünftigen Behandlung, die ich benötigen könnte, wird es notwendig sein, dass ich einen Arbeitnehmer-Entschädigungsanspruch geltend mache. Bitte nennen Sie mit den Namen des Arbeitsunfallversicherungsträgers und die beste Möglichkeit, einen Anspruch geltend zu machen. Senden Sie mir auch eine Kopie aller Berichte oder Dokumente, die Sie aufgrund dieses Arbeitsunfalls bereits ausgefüllt haben.

Bitte wenden Sie sich jederzeit an mich, wenn Sie Informationen über den Unfall, meine Verletzungen und meine Einschränkungen benötigen. Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung in dieser Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen

[Ihr Name]

[Mitarbeiter-ID]

[Telefon / E-Mail Anspreichpartner]

|  |
| --- |
| **HAFTUNGSAUSSCHLUSS**  Alle von Smartsheet auf der Website aufgeführten Artikel, Vorlagen oder Informationen dienen lediglich als Referenz. Wir versuchen, die Informationen stets zu aktualisieren und zu korrigieren. Wir geben jedoch, weder ausdrücklich noch stillschweigend, keine Zusicherungen oder Garantien jeglicher Art über die Vollständigkeit, Genauigkeit, Zuverlässigkeit, Eignung oder Verfügbarkeit in Bezug auf die Website oder die auf der Website enthaltenen Informationen, Artikel, Vorlagen oder zugehörigen Grafiken. Jegliches Vertrauen, das Sie in solche Informationen setzen, ist aus eigener Verantwortung. |