

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.