

Hinweise zur Abrechnung über den Unfallversicherungsträger

Gerne rechnen wir Ihre Betriebshelfergrundausbildung oder -fortbildung mit der zuständigen Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse ab.

Klären Sie bitte frühzeitig, ob für Sie und evtl. weitere Mitarbeiterinnen Ihrer Firma, Behörde, oder Einrichtung das Teilnahmeentgelt von Ihrem Unfallversicherungsträger übernommen wird.

Wenn ja, dann legen Sie bitte am Kurstag und im Original das vollständig ausgefüllte und gestempelte Abrechnungsformular der Trainerin / dem Trainer vor.

Ansonsten stellen wir Ihnen das bei der Buchungsbestätigung ausgewiesene Teilnahmeentgelt in Rechnung.

Besonderheiten bei bestimmten Unfallversicherungsträgern:

Bitte beachten Sie, dass bei den folgenden Unfallversicherungsträger vor Beginn der Veranstaltung eine Genehmigung eingeholt und ein Teilnahmebeleg angefordert werden muss. Mit Beginn der Veranstaltung oder danach ist das nicht mehr möglich.

→ **Unfallkasse Nordrhein-Westfalen** (sendet Ihnen Ausbildungsgutscheine zu)

Link zur Website: [Unfallkasse Nordrhein-Westfalen \(unfallkasse-nrw.de\)](http://unfallkasse-nrw.de)

- Telefon: (0251) 2102-3125
- E-Mail: erstehilfe@unfallkasse-nrw.de

→ **BGN** – Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (sendet Ihnen eine besondere

Teilnehmerliste zu)

Link zur Website:

[Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe \(BGN\) - Ihre gesetzliche Unfallversicherung](#)

- Telefon: (0621) 4456 – 3222
- E-Mail: ersthelferausbildung@bgn.de

→ **Unfallkasse des Bundes** (sendet Ihnen ein Genehmigungsschreiben)

Link zur Website: [Startseite: Unfallversicherung Bund und Bahn \(uv-bund-bahn.de\)](http://uv-bund-bahn.de)

- Web-Seite: [ErsteHilfe Antrag Kostenübernahme2.pdf \(uv-bund-bahn.de\)](http://uv-bund-bahn.de)

→ **BGW** (Kostenzusage über Internet erforderlich)

Link zur Website: [Startseite - bgw-online](http://www.bgw-online.de)

- Web-Seite: <https://www.bgw-online.de>

Alle anderen Unfallversicherungsträger arbeiten mit folgendem Anmeldeformular der DGUV:

- [abrechnungsformular.pdf \(dguv.de\)](http://dguv.de)

Dieses benötigen wir zu Kursbeginn vollständig ausgefüllt, gestempelt und unterschrieben im Original.

Ausfüllhinweise hierzu erhalten Sie auf Seite 3.

Ausfüllhinweise für das Anmeldeformular

Gilt nicht für die Unfallkasse Bund, Unfallkasse NRW, BGN und BGW

Name und
Anschrift des
Arbeitgebers

Name &
Unternehmens-
nummer des
Unfallversicherungs-
trägers

Verfahrenshinweis: Durch organisatorische Maßnahmen ist zu gewährleisten, dass bei der Unterzeichnung nur die eigenen Personendaten eingesehen werden können. Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus.

Abrechnungsf formular für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Ersthelfenden

Ausbildung
 Fortbildung
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes		Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)	
Straße / Hausnummer		Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern)	
PLZ	Ort		

Teilnehmerliste			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
Name, Vorname	Geburts- tag	Unterschrift	<input type="checkbox"/>
1			<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>

Ansprech-
person,
Tel.nr.,
E-Mail:

Stempel &
Unterschrift
des
Arbeitgebers

Bestätigung durch das Unternehmen	
Ansprechperson im Unternehmen Name, Vorname:	Stempel, Unterschrift
Tel.:	
E-Mail:	
	Ort, Datum

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular	Datum des Lehrgangs
Kennziffer der Ausbildungsstelle	Name der Lehrkraft
Registriernummer des Lehrgangs	Ort des Lehrgangs
Ort, Datum	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle

Version: 07/2023

Die personenbezogenen Daten werden aufgrund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e DSGVO, § 199 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 23 SGB VII durch den Unfallversicherungsträger verarbeitet.

Bitte beachten Sie, dass wir am Kurstag das Formular vollständig ausgefüllt im Original benötigen.