

# Abrechnungsbildungsformular

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	

<b>Teilnahmeliste</b>			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.				
	Name, Vorname	Geburtstag	Unterschrift	
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"/>

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

<b>Bestätigung durch die Ausbildungsstelle</b>	
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

# Ausfüllanleitung

Bitte beachten Sie, dass einige Unfallversicherungsträger ein eigenes Formular vorschreiben. Informieren Sie sich dafür bei der für Ihr Unternehmen zuständigen Berufsgenossenschaft / Unfallkasse.

Für eine korrekte Abrechnung mit ihrem Unfallversicherungsträger ist dieses Formular:  
**am Seminartag - im Original - vollständig ausgefüllt**  
dem Trainer / der Trainerin auszuhändigen.

Dieses Formular wird maschinell verarbeitet und gespeichert!

Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus. Vielen Dank!

## Anmeldeformular

### Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer

Anschrift des Mitgliedsbetriebes

Name / Firmierung des Unternehmens

Strasse Hausnr.

Strasse und Hausnummer des Unternehmens

PLZ Ort

Postleitzahl und Ort des Unternehmens

Diesen Bereich bitte nicht ausfüllen

Zuständiger Unfallversicherungsträger:  
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Zuständige Berufsgenossenschaft für das Unternehmen

Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer:

Mitgliedsnummer des Unternehmens bei der BG

### Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.  
Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

Bestätigung  
durch die  
Ausbildungsstelle

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift		
1	Name und Vorname des Teilnehmers (in Druckbuchstaben)	Geburtsdatum des Teilnehmers	Unterschrift des Teilnehmers	Diesen Bereich bitte nicht ausfüllen	
2		.	.		
3		.	.		
4		.	.		
5		.	.		
6		.	.		
7		.	.		
8		.	.		
9		.	.		
10		.	.		

### Bestätigung durch das Unternehmen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Unternehmens

Tragen Sie hier bitte den Ort und das Datum ein

Stempel des Unternehmens

Unterschrift des/der Verantwortlichen

### Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

Diesen Bereich bitte nicht ausfüllen