

Abrechnungsbildungsformular

für die Aus- und Fortbildung
von betrieblichen Ersthelfenden

- Ausbildung Fortbildung
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes Straße / Hausnummer PLZ Ort	Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer
--	---

Teilnahmeliste			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"/>

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



Wichtige Informationen zur Abrechnung von Lehrgangsgebühren mit den Berufsgenossenschaften

Es wird nur ein **vollständig** ausgefülltes und gestempeltes Abrechnungsformular im **Original** von den Berufsgenossenschaften anerkannt. (**keine Kopie / Scan / Fax usw.!**)

- **UKH - Unfallkasse Hessen**

Die UKH verlangt zusätzlich zum Abrechnungsformular, **einen** entsprechenden Berechtigungsschein **pro** Teilnehmer. Dieser muss vorab bei der UKH angefordert werden.

- **UVB - Unfallkasse des Bundes**

Die UVB verlangt einen Antrag auf Kostenübernahme und sendet Ihnen ein Genehmigungsschreiben/ Mail zu. Diese muss mit dem Abrechnungsformular am Kurstag vorgelegt werden.

- **BGW – BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege**

Die BGW verlangt zwingend eine vorherige Online-Registrierung der Teilnehmer und generiert ein eigenes, vom Standard abweichendes Abrechnungsformular mit aufgedruckter Kostenübernahme, dieses kann nach der Online-Registrierung direkt ausgedruckt werden.

Handschriftlich hinzugefügte Namen werden von der BGW nicht akzeptiert. (Beispiel siehe Anhang)

- **BGN – BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe**

Die BGN verlangt zwingend eine vorherige online-Registrierung und sendet eine eigene, vom Standard abweichendes Abrechnungsformular zu.

Alle anderen Unfallversicherungsträger arbeiten (in Hessen) mit dem Standardverfahren.



Ausfüllhilfe für das Anmeldeformular

Die BGW und BGN verwenden eigenen Formulare!

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.

Abrechnungsbogen

für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Erst Helfenden

- Ausbildung Fortbildung
- Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name und Anschrift des Betriebs

Name der zuständigen BG

Name des Mitgliedsbetriebes

Straße / Hausnummer

PLZ Ort

Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer

Name, Geburtstag, Unterschrift

Mitgliedsnummer oder Versicherungsnummer

Teilnehmerliste			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
Die Teilnehmerliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.			
Name, Vorname	Geburts-tag	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"/>

Bestätigung durch das Unternehmen

Ansprechperson im Unternehmen

Name, Vorname: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Betriebs

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular

Datum des Lehrgangs

Kennziffer der Ausbildungsstelle

Name der Kraft

Registriernummer des Lehrgangs

Datum des Lehrgangs

Ort, Datum

Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle

Version 07/2021

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.