



JOHANNITER

Abrechnung über Ihren Unfallversicherungsträger

Sehr geehrte Teilnehmende,

vielen Dank für Ihr Interesse an einem Kurs von und mit den Johannitern. Gerne rechnen wir Ihre Betriebshelfergrundausbildung oder –fortbildung mit der zuständigen Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse ab, wenn Sie am Kurstag die Voraussetzungen dazu geschaffen haben. Klären Sie bitte frühzeitig, ob für Sie und evtl. weitere Mitarbeitende 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 Abrechnungsfeld der Trainerin / dem Trainer vor**. Ansonsten müssen wir Ihnen das Teilnahmeentgelt in Rechnung stellen.

Besonderheiten bei bestimmten Unfallversicherungsträgern

Bitte beachten Sie, dass bei den folgenden Unfallversicherungsträgern 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 Nord** (sendet Ihnen Ausbildungsgutscheine zu)
 - Telefon: 040 2 71 53 - 0
 - Web-Seite: [Erste Hilfe Kostenübernahme Unfallkasse Nord](#)
- **BGN** – Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (Kostenzusage über Internet erforderlich)
 - Web-Seite: [Erste Hilfe Kostenübernahme BGN](#)
- **BGW** (Kostenzusage über Internet erforderlich)
 - Web-Seite: [Erste Hilfe Kostenübernahme BGW](#)

Alle nicht genannten Unfallversicherungsträger arbeiten mit einem vereinfachten Verfahren. Sie erhalten von uns mit der Buchungsbestätigung ein Anmeldefeld. Dieses füllen Sie bitte vollständig aus. Näheres hierzu auf Seite 2.

Wir hoffen Ihnen mit diesen Informationen die verwaltungstechnischen Angelegenheiten so einfach wie möglich gemacht zu haben und stehen Ihnen gerne für Rückfragen zur Verfügung.



Ausfüllhilfe für das Anmeldeformular

Gilt nicht für Unfallkasse Nord, BGN und BGW

A.)
Name und
Anschrift des
Arbeitgebers

Dieses Formular wird maschinell verarbeitet und gespeichert!
Nützen Sie bitte die elektronische Formulierungsfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus. Vielen Dank!

Anmeldeformular

Aus- und Fortbildung
für betriebliche Ersthelfer und Ersthelferinnen

Ausbildung Fortbildung
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsunternehmens
Straße / Hausnummer
PLZ Ort

Zuständiger Unfallversicherungsträger
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)
Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer

Teilnehmerliste				Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
Die Teilnehmerliste ist von Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.				
Name, Vorname	Geburtsdatum	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
Ort, Datum
Stempel, Unterschrift des Unternehmens

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
abrechenbare Teilnehmeranzahl auf diesem Formular Datum des Lehrgangs
Kennziffer der Ausbildungsstelle Name der Lehrkraft
Registriernummer des Lehrgangs Ort des Lehrgangs
Ort, Datum Stempel, Unterschrift der Ausbildungsstelle

Die personenbezogenen Daten werden aufgrund des § 199 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 23 SGB VII erhoben und gespeichert.

B.)
Name des
zuständigen
Unfallversicher-
-ungsträgers

C.)
Mitglieds-
nummer oder
Versicherungs-
nummer

D.)
Ort und Datum
der Unterschrift

E.)
Stempel und
Unterschrift
des

Legen Sie bitte am Kurstag und im Original das vollständig ausgefüllte und gestempelte Anmeldeformular der Trainerin / dem Trainer vor.