



## Abrechnung über Ihren Unfallversicherungsträger

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

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 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 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 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)
  - Telefon: (0251) 2102-3125
  - E-Mail: [ersthilfe@unfallkasse-nrw.de](mailto:ersthilfe@unfallkasse-nrw.de)
  
- **BGN** – Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (Kostenzusage über Internet erforderlich)
  - Web-Seite: <https://www.bgn.de/nachricht-an-die-bgn-team-erste-hilfe>
  
- **BGW** (Kostenzusage über Internet erforderlich)
  - Web-Seite: <https://www.bgw-online.de>

Alle nicht genannten Unfallversicherungsträger arbeiten mit einem vereinfachten Verfahren. Sie erhalten von uns mit der Buchungsbestätigung ein Anmeldeformular. 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 NRW, BGN und BGW

**A.)**  
Name und  
Anschrift des  
Arbeitgebers

**B.)**  
Name des  
zuständigen  
Unfallversicher-  
-ungsträgers

**C.)**  
Mitglieds-  
nummer oder  
Versicherungs-  
nummer

**D.)**  
Ort und Datum  
der Unterschrift

**E.)**  
Stempel und  
Unterschrift  
des

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 und Ersthelferinnen**

Ausbildung       Fortbildung  
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedschülers

Straße / Hausnummer

PLZ      Ort

Zuständiger Unfallversicherungsträger  
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Mitgliedsnummer / 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	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

Inscr. Unterschrift der Ausbildungsstelle

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

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