KUVB | Bayer. LUK
Kommunale Unfallversicherung Bayern
Bayerische Landesunfallkasse

# Betrieblicher Ersthelfer Aus- und Fortbildung

## Erste Hilfe nach § 26 DGUV Vorschrift 1 Betriebe, Unternehmen, Dienststellen, weiterführende Schulen


**So erreichen Sie uns:** **GB I Prävention**
Tel.: 089 36093-533
E-Mail: erstehilfe@kuvb.de
kuvb.de/praevention/erste-hilfe


bitte digital ausfüllen!

Absenderangaben

Tel.-Nr.:

E-Mail:

(funktionsbezogen)

Ihr Unfallversicherungsträger:

- ○ KUVB
- ○ Bayer . LUK

## A Kostenübernahme-**ANTRAG** für das Kalenderjahr 2027

| **Betriebsart/Betriebsteil**<br>Bitte tabellarisch auflisten (Verwaltung, Bauhof, Kläranlage, Bücherei, Schwimmbad, Pflegeheim, Hochschule, Uni, Gericht, Straßenmeiserei), ggf. Anzahl der Standorte. | **Gesamtanzahl der** | | **Anzahl beantragter Personen** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Beamten | Beschäftigten nach Tarifvertrag | Ausbildung | Fortbildung | interne Bemerkungen |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

☐ **Weiterführende Schulen/Privatschulen:**

- Gesamtanzahl Lehrerkollegium:
- Gesamtanzahl Sekretariat / Haustechnik:
- Mittagsbetreuung / OGT / KoGa:

Anzahl besuchende Kinder

Anzahl der Gruppen

**Der Kurs wird durchgeführt von folgender ermächtigten Stelle (www.bg-qseh.de)**

Name

Kennziffer

Datum / Signatur des Antragstellenden

## B **STATUS**-Mitteilung über Ihren Antrag (gültig bis 31.12.2027) **Nr.**

☐ **Wir übernehmen die Kosten für insgesamt** **Person(en)**

☐ **Wir können die Kosten leider nicht übernehmen, weil**

- ☐ wir nicht der für Ihre Beschäftigten zuständige Unfallversicherungsträger sind.
- ☐ Ihr Kontingent an Ersthelfern bereits vollständig ausgeschöpft ist (2-Jahres-Rhythmus beachten).

**Begründung**

Datum / Signatur