

Vertrag Nr.:	Staatsbürgerschaft:
Name des Verletzten: <small>Titel, Vorname, Familienname</small>	Geburts- datum:
Straße, Nr.:	Tel.Nr.:
PLZ, Ort:	Beruf:
Ausweis: <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> Personalausweis ausstellende Behörde:	Nr.: Datum:

## Unfallmeldung

Zutreffendes bitte ankreuzen

### Angaben zum Unfall

Unfalldatum: \_\_\_\_\_ An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Verkehrsunfall:  als Lenker, Führerschein Nr.: \_\_\_\_\_, Gruppe: \_\_\_\_\_, Ausstellungsbehörde: \_\_\_\_\_  
 als Beifahrer      Liegt Ihrer Meinung Fremdvschulden vor?  J  N

Arbeitsunfall:  Freizeitunfall

Ereignete sich der Unfall bei einer Sportart aus der Sie Einkommen beziehen?  J  N

Ereignete sich der Unfall unter Einwirkung von Alkohol oder Drogen?  J  N

Wurde der Unfall von einer amtlichen Stelle aufgenommen (Polizei, Gendarmerie, Gericht)?  J  N Von welcher?

Bitte schildern Sie den genauen Hergang des Unfalls (Falls dieser Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!):

### Ärztliche Hilfeleistung

Durch wen wurde ärztliche Hilfe geleistet? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Ambulante Behandlung im Krankenhaus: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Stationäre Behandlung im Krankenhaus: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bitte Spitalsaufenthaltsbestätigung beilegen!

### Personenbezogene Angaben

Bei welcher Krankenkasse sind Sie pflichtversichert? \_\_\_\_\_

Wurde bei einem Sozialversicherungsträger eine Invaliditätspension beantragt?  J  N Bei welcher? \_\_\_\_\_

Bestehen bei anderen Gesellschaften, Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungen?  J  N

Art: \_\_\_\_\_ Anstalt: \_\_\_\_\_

Sind Sie arbeitslos?  J  N Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ Sind Sie in Pension?  J  N Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie tagsüber erreichbar? Tel-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

### Überweisung der Versicherungsleistung

Überweisung auf Girokonto lautend auf \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Geldinstitut      \_\_\_\_\_ Bankleitzahl      \_\_\_\_\_ Konto-Nummer

Postanweisung (Gebühren für Postanweisungen gehen zu Lasten des Empfängers!)

### Erklärung

Ich ermächtige - die Ärzte und Krankenanstalten, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, dem Versicherer über meine Gesundheits-  
 verhältnisse Auskünfte zu erteilen und Krankenberichte zu überlassen, sowie  
 - den Versicherer, Einsicht in alle diesen Unfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.  
 Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Berater

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten bzw. Anspruchstellers

# BERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES

Bitte um ausführliche und vollständige Beantwortung der Fragen

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Wann haben Sie den Verletzten erstmals wegen des Unfalles behandelt ?
2. Art der Verletzung (bitte möglichst genau beschreiben)
3. Ist die Verletzung unzweifelhaft, unmittelbar und ausschließlich durch diesen Unfall verursacht worden ?
4. Haben Umstände mitgewirkt, die zu einer Verschlimmerung der Unfallfolgen beigetragen haben ? Wenn ja, welche ?
5. War der Verletzte vor dem Unfall körperlich oder geistig gebrechlich oder mit einer Erkrankung behaftet ? Wenn ja, welche ?
6. Sind Ihnen frühere Unfälle bekannt? Wenn ja, Zeitpunkt, Verletzung, welche Folgen?
7. War der Verletzte vor diesem Unfall bereits Invalide ? Wenn ja, _____ %, Grund:
8. Wird der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge haben? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N In welchem Ausmaß? _____ %
9. Ist die Behandlung abgeschlossen ? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
10. War / Ist der Verletzte zur Behandlung in einem Krankenhaus? In welchem? _____ stationär: _____ von _____ bis _____ ambulant: _____ von _____ bis _____
11. Von wann bis wann war/ist der Verletzte arbeitsunfähig ? Vollständig (100 %) von _____ bis _____ Teilweise von _____ bis _____ wieder arbeitsfähig ab:
12. War der Verletzte zum Unfallzeitpunkt alkoholisiert ? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N Promilleangabe: _____
13. Wurde der Unfall durch eine Bewusstseinsstörung verursacht ? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
14. Sonstige Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes