



### 5. Fortsetzung zur Schilderung des Unfalles:

(Bitte Ursache und Hergang ausführlich schildern)


### 6. Unfallzeugen:

Name, Anschrift


Polizeiliche Aufnahme:

nein  ja, durch

Anschrift/Tagebuch-Nummer


Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

nein

ja,

Glas

gegen

Uhr

Wurde eine Blutprobe entnommen?

nein

ja, ggf. Ergebnis

‰

### 7. Angaben über die ärztliche Behandlung:

Wann und von welchem Arzt wurde die Erstbehandlung durchgeführt?

--

Bei welchen Ärzten erfolgte die Weiterbehandlung (Namen/Anschriften)?


Hat eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden?

nein

ja, vom

bis

Anschrift des Krankenhauses:


Sofern ein Krankenhaustagegeld zusätzlich mitversichert ist, bitte ärztl. Bescheinigung über die Dauer der stationären Behandlung mit Diagnose beifügen.

### 8. Angaben über Dauerschaden

Ist mit einem unfallbedingten Dauerschaden zu rechnen?

nein

ja

noch nicht bekannt

**9. Frühere Unfälle**

Hat der Verletzte schon früher Unfälle erlitten?  nein  ja, wann

Welche Verletzungen lagen vor?

Invaliditätsgrad (bitte in Prozent angeben!)  %

Bestanden bei dem Verletzten in der Vergangenheit Krankheiten oder Gebrechen?  nein  ja, welche

**10. Bestehen weitere private Unfallversicherungen?**

nein  ja

Wenn ja, bei welchen Gesellschaften

Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft mit Versicherungsschein- oder Schadennummer


Hat der Verletzte bereits früher aus einer Unfallversicherung eine Leistung erhalten?  nein  ja, wann   
von wem

**11. Welche Krankenkasse?**

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

Name und Anschrift


Sofern die Unfallversicherung über den Arbeitgeber oder die Gemeinde besteht, bitte Nr. 12 beantworten.

**12. Dienst- bzw. Arbeitsunfall?**

Handelt es sich um einen Dienst- bzw. Arbeitsunfall?

nein  ja

Wenn ja, Bestätigung des Unfallversicherers vorlegen.

Die obigen Fragen habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet. Für den Inhalt erkläre ich mich verantwortlich und verbürge mich für die Richtigkeit der Angaben auch insofern, als sie nicht von mir niedergeschrieben sind.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern –; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten, bzw. des gesetzl. Vertreters

Unterschrift des Versicherungsnehmers