

UNFALL SCHADENANZEIGE

Schaden Polizze:

Verletzte Person(en):

Geburtsdatum:

VERMERK DES BEHANDELNDEN ARZTES

DIAGNOSE:

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung:

Arbeitsunfähigkeit von:

bis:

**DIE NACHFOLGENDEN FRAGEN BEANTWORTEN SIE, BITTE NUR DANN;
WENN EINE ARBEITSUNFÄHIGKEIT VON MINDESTENS 10 TAGEN ZU ERWARTEN IST:**

GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

War der Verletzte bereits vor dem Unfall gesundheitlich behindert?
(z.Bsp. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen,
Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch usw.)

Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?

UNFALLFOLGEN

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?

JA NEIN MÖGLICHERWEISE

Welche?

BEHANDLUNGSDAUER

War der Verletzte zur Behandlung im Krankenhaus?

STATIONÄR AMBULANT

Wie lange befindet sich der Verletzte voraussichtlich in häuslicher/ambulanter Behandlung?

Krankenhaus:

ERSTE ÄRZTLICHE HILFE

Wann ist die erste Hilfe in Anspruch genommen worden?

Wer hat sie geleistet?

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes