

# UNFALL - SCHLUSSBERICHT

SCHADENSNUMMER:

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers:

Versicherte Person (unfallbetroffen)

Vor- und Zuname samt Adresse

Geburtsdatum

Angaben des behandelnden Arztes (wenn nötig, bitte die Rückseite verwenden)

Diagnose

Wie lange befand sich der Verletzte wegen des Unfalls

von

bis einschließlich

a) in stationärer Spitalsbehandlung?

b) im Krankenstand?

c) in medizinischer Heilbehandlung?

## **GANZ WICHTIG:**

Sind die Behandlungen endgültig abgeschlossen?

Ja

Nein

Durch welchen Zeitraum konnte der Verletzte in keiner Weise seinem Beruf nachgehen?

100% arbeitsunfähig von:

bis einschließlich

Ist der Heilungsverlauf durch anderweitige Leiden oder Gebrechen beeinflusst worden?

Ja

Nein

Wenn ja, durch welche?

Hat der Unfall Invalidität zur Folge?  Ja  Nein

Bei Vorliegen von Dauerfolgen, Beschreibung von Art und Umfang (bleibende Invalidität in %) derselben?

Welches sind die derzeitigen subjektiven Beschwerden des Verletzten?

Ich erkläre hiermit, alle vorstehenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des behandelnden Arztes