



## Unfallmeldung

Arbeits- Wegunfall       Freizeitunfall

<b>Versicherungsnehmer:</b>	Polizzenummer/Schadensnummer
Titel, Vorname, Familienname	Beruf
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer	Telefon tagsüber
Kontoverbindung: BIC	IBAN

### Versicherte (unfallbetroffene) Person:

Titel, Vorname, Familienname	Geburtsdatum
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer	Telefon tagsüber
Dienstgeber	

### Angaben zum Unfall:

Unfallort bzw. in welchen Räumlichkeiten ereignete sich er Unfall?	Datum, Uhrzeit
Aufnahme des Unfalles durch Polizei <input type="checkbox"/> Ja      Aufnehmende Polizeidienststelle: <input type="checkbox"/> Nein	
Ereignete sich der Unfall unter Einwirkung von <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Drogen	Von wem wurde Erste Hilfe geleistet?
Schilderung des genauen Unfallherganges (Falls der Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!)	
Zeugen (Name, Anschrift, Telefon)	

### Weitere Angaben:

Ist der Verletzte gesetzlich Pflichtversichert? <input type="checkbox"/> Ja      Bei welcher Versicherungsanstalt? <input type="checkbox"/> Nein
Besteht bei einer anderen Versicherung eine Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung, eine Reiseversicherung oder eine Kreditkarte mit Versicherungsschutz? Versicherungsgesellschaft, Polizzenummer:
Wurde bei einem Sozialversicherungsträger eine Invaliditätspension beantragt? <input type="checkbox"/> Ja      Bei welcher Versicherungsanstalt? <input type="checkbox"/> Nein

Vorstehende Fragen wurden wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet. Ich ermächtige die \_\_\_\_\_ Erhebungen durchzuführen, Auskünfte aller Art bei Personen, Ärzten, Krankenanstalten und bei Polizei, Gerichten und Verwaltungsbehörden einzuholen, Einsicht in die Akten zu Nehmen und Abschriften anzufertigen.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

## Vermerke des behandelnden Arztes:

### Diagnose:

--

### Erste ärztliche Hilfe und weitere ärztliche Behandlungen:

Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?	Wer hat sie geleistet?
Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?	

### Ursache der Verletzung:

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)
War der Verletzte zum Unfallzeitpunkt alkoholisiert? <input type="checkbox"/> Ja _____‰ <input type="checkbox"/> Nein	Wurde der Unfall durch eine Bewusstseinsstörung verursacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Unfallfolgen:

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten? <input type="checkbox"/> Ja Welche? <input type="checkbox"/> Nein	
Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche Invalidität? In welchem Ausmaß? %
War der Verletzte vor diesem Unfall bereits invalide? <input type="checkbox"/> Ja _____% <input type="checkbox"/> Nein	Sind frühere Unfälle bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?

### Krankenhausbehandlung:

Name und Anschrift des Krankenhauses	<input type="checkbox"/> ambulant von bis <input type="checkbox"/> stationär von bis
--------------------------------------	---

### Weitere Angaben:

Von wann bis wann war/ist der Verletzte arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> Vollständig (100%) von bis <input type="checkbox"/> Wieder arbeitsfähig ab:
--

Datum:

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

An die

---

---

---

Polizzenummer
Name des Verletzten
Geburtsdatum
Unfalldatum

**Bitte beachten Sie, dass wir aus Gründen des Datenschutzes nachstehende Erklärungen benötigen!**

**Ich stimme ausdrücklich zu**, dass die \_\_\_\_\_

zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen

- personenbezogenen Gesundheitsdaten durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer oder Behandlung einholen darf (Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen). Davon umfasst sind insbesondere Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder –beendigung; etwa Anamnese und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Pflegebericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Labor- und Blutbefunde inkl. Blutalkohol.
- Einsicht in alle den Versicherungsfall betreffende Akten bei Behörden (Polizei, Gericht, usw.) nehmen darf.

**Im Falle meines Widerspruchs oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall bin ich verpflichtet, die von der \_\_\_\_\_ benötigten Unterlagen in vollem Umfang selbst beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen werden Leistungsansprüche nicht fällig.**

- Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zu Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen einholen kann.

**Ich entbinde die Befragten im Voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht.**

**Diese Zustimmungserklärung und die Entbindung der Ärzte von der beruflichen Schweigepflicht können von mir gem. den Bestimmungen der Datenschutzgrund-Verordnung (DSGVO) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) jederzeit teilweise oder zur Gänze widerrufen werden.**

Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Anspruchstellers