

Fragebogen: Unfall und Verletzung

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Wie wurde die Verletzung von Ihrem Arzt bezeichnet?

2. Wann erlitten Sie die Verletzung?

--	--	--	--	--	--	--	--

 (TT/MM/JJJJ)

3. Welche Körperteile bzw. Organe waren/sind betroffen?

Körperteil/Organ	Verletzung

4. Fand der Unfall mit Bewusstlosigkeit statt?

Ja | wie lange: _____

Nein

5. Sind innere Verletzungen aufgetreten?

Ja | welche: _____

Nein

6. Sind Komplikationen aufgetreten?

Ja | welche: _____

Nein

7. Wurde eine Bluttransfusion erforderlich?

Ja Nein

8. Ist noch Fremdmaterial im Körper vorhanden? (bei Verbleib im Körper bitte Attest beilegen)

Ja | welche: _____
(z.B.: Platten, Verdrahtungen, Nägel)

Nein

Ist eine Entfernung angeraten oder geplant?

Ja | wann: _____ Nein

Fragebogen: Unfall und Verletzung

B

9. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

Medikation

Name

Dosierung

Einnahme seit

abgeschlossen seit: _____ dauerhaft

Untersuchungen

welche

Ergebnis

Sonstiges: _____

10. Werden orthopädische Hilfsmittel getragen?

orthopädische Hilfsmittel Prothesen Ersatzstücke Sonstiges: _____

11. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja OP | Datum der OP: _____ Art: _____

OP angeraten | wann: _____ Art: _____

Sonstiges: _____

Nein

12. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____

Aufenthalt angeraten: _____

Sonstiges: _____

Nein

13. Bestehen Unfallfolgen bzw. sind welche zu erwarten (z.B. Behinderung, Gedächtnisstörung, Empfindungsstörung, ...)?

Ja | Grad der Behinderung: _____ % (bitte legen Sie den Bescheid bei)

Nein

Nähere Angaben

Wird eine Verletztenrente bezogen?

Ja | Höhe: _____ | Dauer: _____ Nein

14. Gibt es einen Kostenträger (z.B. Berufsgenossenschaft)?

Ja (bitte Bescheid beifügen) Nein

15. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

Ja | von: _____ bis: _____ Nein

16. Besteht Behandlungsfreiheit?

Ja | seit: _____ Nein

17. Besteht Beschwerdefreiheit?

Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde