

# 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
Körperteil/Organ	Verletzung
Körperteil/Organ	Verletzung
Körperteil/Organ	Verletzung
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