

Unfallfragebogen für die Erkrankung / Behandlung vom

Name, Vorname:*	Anschrift:*	Geburtsdatum:*
Unfalldatum, Uhrzeit:*	Unfallort, Straße, Hausnummer:*	

Art des Unfalls oder Schadensereignis – Bitte beantworten Sie auch die Zusatzfragen für die jeweils angekreuzten Nummern		
1. <input type="checkbox"/> Wegeunfall auf direktem Weg von/zur Arbeit <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> landwirtschaftlicher Unfall <input type="checkbox"/> Kindergartenunfall	<input type="checkbox"/> Kinderhortunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall
2. <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	5. <input type="checkbox"/> Unfall durch Eis- /Schneeglätte	8. <input type="checkbox"/> Unfall durch Tiere
3. <input type="checkbox"/> Unfall durch öffentl. Verkehrsmittel	6. <input type="checkbox"/> Sportunfall	9. <input type="checkbox"/> Treppenunfall
4. <input type="checkbox"/> Unfall bei einer Pflegetätigkeit	7. <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	10. <input type="checkbox"/> Behandlungsfehler
0. <input type="checkbox"/> Schlägerei / Überfall (bitte nur allg. Teil beantworten)	0. <input type="checkbox"/> kein Unfall (bitte nur allg. Teil beantworten)	0. <input type="checkbox"/> sonstiges Ereignis (bitte nur allg. Teil beantworten)

0. ► Allgemeiner Teil ◀

■ Wie kam es zu Ihrer Verletzung? Bitte auch beantworten, wenn keine dritte Person Ihre Verletzung verschuldet hat oder eine Krankheit vorliegt!

■ Wer hat den Schaden verschuldet oder verursacht?	■ Name, Vorname	■ Anschrift
■ Zeugen:	■ Name, Anschrift	
■ Wurde der Unfall durch eine Polizeidienststelle aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Name, Anschrift: Tagebuchnummer:
■ Werden Ersatzansprüche geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Name, Anschrift des Rechtsanwaltes:
■ Handelt es sich um Folgen eines früheren Unfalls?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom:

1. ► Arbeitsunfall, Wegeunfall, Schulunfall, Kindergartenunfall oder Kinderhortunfall ◀

■ Wo ereignete sich der Unfall? (Betrieb, Schule; Lehranstalt, Kindergarten, Kinderhort?)	■ Name und Anschrift des Betriebes, Schule usw.:	
	■ Zuständige Berufsgenossenschaft:	
■ Zweck des zurückgelegten Weges:		
■ Auf welchem Weg ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> auf direktem Wege zur/von der Arbeitsstelle <input type="checkbox"/> auf einem Betriebs- /Dienstweg	<input type="checkbox"/> auf dem Wege zur/von der Schule/Universität <input type="checkbox"/> auf dem Weg zum/vom Kindergarten

2. ► Verkehrsunfall ◀

	► Zur eigenen Person: ◀	► Zum Unfallbeteiligten: ◀
■ Art des Fahrzeugs?		
■ Polizeiliches Kennzeichen?		
■ Fahrer beim Unfall?		
■ Anschrift des Fahrers?		
■ Halter des Fahrzeuges?		
■ Anschrift des Halters?		
■ Haftpflichtversicherung?		
■ Versicherungs- bzw. Schadensnummer?		

3. ► Unfall durch öffentliche Verkehrsmittel ◀

Bus <input type="checkbox"/>	Straßenbahn <input type="checkbox"/>	Eisenbahn <input type="checkbox"/>	Linie: _____	Fahrtrichtung: _____	Verkehrsgesellschaft: _____
---------------------------------	---	---------------------------------------	--------------	----------------------	-----------------------------

4. ► Unfall bei einer Pflegetätigkeit ◀

■ Wer wurde gepflegt?	■ Name und Anschrift:
■ Pflegekasse des Gepflegten?:	

5. ► Unfall durch Eis- oder Schneeglätte ◀

■ Genaue Unfallstelle?	<input type="checkbox"/> auf der Fahrbahn <input type="checkbox"/> Kreuzung	<input type="checkbox"/> Gehweg <input type="checkbox"/> öffentlicher Platz	<input type="checkbox"/> im freien Gelände <input type="checkbox"/> Fußgängerüberweg
■ War dort gestreut?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
■ Wer war streupflichtig?	Name und Anschrift?		
■ Wurde der Unfall dem Anlieger gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am:	
■ Wie waren die Witterungsverhältnisse zum Unfallzeitpunkt?	<input type="checkbox"/> Schneefall <input type="checkbox"/> Tauwetter	<input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> Glatteis	

6. ► Sportunfall ◀

■ Bei welchem Sport ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> Betriebssport <input type="checkbox"/> privater Sport	<input type="checkbox"/> Schulsport	<input type="checkbox"/> Vereinssport <input type="checkbox"/> Berufssport (z.B. Lizenzspieler)
■ War ein anderer am Unfall beteiligt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Name und Anschrift der Person:	
■ Lag grobe Fahrlässigkeit bzw. grober Regelverstoß des Beteiligten vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
■ Erhalten Sie für den Berufs- oder Vereinssport ein monatliches Entgelt über 250,00 EUR?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

7. ► häuslicher Unfall ◀

■ Sind Sie selbst Haus- und Grundstückseigentümer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, Name und Anschrift des Eigentümers:
--	-----------------------------	--

8. ► Unfall durch Tiere ◀

■ Art des Tieres?			
■ Wer ist der Tierhalter?	■ Name und Anschrift		
■ Besteht eine Tierhaftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja Versicherungsgesellschaft u. Versicherungsschein-Nummer:	

9. ► Treppenunfall ◀

■ Beschaffenheit der Treppe?	<input type="checkbox"/> mit Geländer <input type="checkbox"/> ohne Geländer	<input type="checkbox"/> mehr als 4 Stufen <input type="checkbox"/> nur bis 4 Stufen <input type="checkbox"/> schlechte Beleuchtung	<input type="checkbox"/> schadhaftes Treppengeländer <input type="checkbox"/> schadhafte Stufen
■ Wer ist Hauseigentümer?	■ Name und Anschrift		
■ Wurde der Hauseigentümer vom Unfall unterrichtet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am:	

10. ► Behandlungsfehler ◀

■ In welcher Einrichtung ereignete sich der Behandlungsfehler?	■ Name und Anschrift
--	----------------------

Ich versichere, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und entbinde die Krankenkasse sowie Ärzte der gesetzlichen Schweigepflicht, soweit Auskünfte über Art und Umfang der Verletzung zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich sind.

Datenschutzhinweis: Die Angaben erheben wir für die Durchführung unserer gesetzlichen Aufgaben nach § 116 SGB X. Zur Mitwirkung sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung kann dies nach § 66 SGB I zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen

Datum

Unterschrift

Telefonnummer / Mobiltelefon / geschäftlich

Für den Fall, dass meine Verletzungen als Schädigungsfolgen im Sinne der sozialen Entschädigung als Opfer einer Gewalttat des Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV) anzusehen sind, stelle ich hiermit den Antrag auf Entschädigung nach diesem Gesetz.

Datum

Unterschrift